

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N° 402

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Georges THOMERET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Aide d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris

Né le 31 Juillet 1910, à St-Clar (Gers).

**LE RÉTABLISSEMENT SECONDAIRE
DE LA CONTINUITÉ INTESTINALE
après résection recto-sigmoïdienne**

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1941

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: THOMERET.

Prénom : Georges.

11 DEC. 1941

Date de la soutenance:

Numéro d'ordre:

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

THOMERET (Georges)

Le rétablissement secondaire
de la continuité intestinale
après résection recto-sigmoï-
dienne.

Paris, Imp. R. FOULON, 1941,
in-8°, 104 p., 2 fig., 1 pl.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1941, N°)

THOMERET (Georges)

Le rétablissement secondaire
de la continuité intestinale
après résection recto-sigmoï-
dienne.

Paris, Imp. R. FOULON, 1941,
in-8°, 104 p., 2 fig., 1 pl.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1941, N°)

THOMERET (Georges)

Le rétablissement secondaire
de la continuité intestinale
après résection recto-sigmoï-
dienne.

Paris, Imp. R. FOULON, 1941,
in-8°, 104 p., 2 fig., 1 pl.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1941, N°)

THOMERET (Georges)

Le rétablissement secondaire
de la continuité intestinale
après résection recto-sigmoï-
dienne.

Paris, Imp. R. FOULON, 1941,
in-8°, 104 p., 2 fig., 1 pl.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1941, N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Georges THOMERET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Aide d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris

Né le 31 Juillet 1910, à St-Clar (Gers).

**LE RETABLISSEMENT SECONDAIRE
DE LA CONTINUITÉ INTESTINALE
après résection recto-sigmoïdienne**

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1941



I. — PROFESSEURS

Anatomie	Léon BINET.
Physiologie	STROHL.
Physique médicale	POLONOVSKI
Chimie médicale	Robert DEBRE.
Bactériologie	BRUMPT.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BAUDOUIN
Pathologie et thérapeutique générales	PASTEUR-VALLERY-
Pathologie médicale	RADOT.
	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	IEROUX.
Anatomie pathologique	CHAMPY.
Histologie	TIFFENEAU.
Pharmacologie et matière médicale	AUBERTIN.
Thérapeutique	TANON.
Hygiène et médecine préventive	BALTHAZARD.
Médecine légale	LEVY-VALENSI.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Henri BENARD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHIRAY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique médicale	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
Clinique gynécologique	HARVIER.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale	Pierre Duval.
Clinique oto-rhino-laryngologique	M. VILLARET.
Clinique thérapeutique chirurgicale	TROISIER.
Clinique propédeutique	MATHIEU.
Clinique de la Tuberculose	Clovis VINCENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	N...
Clinique de cardiologie	HAZARD.
Clinique de neuro-chirurgie	MULON.
Assistance Médico-sociale	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
	LAUBRY.
	ROUVIERE.
Professeurs sans chaire	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophthalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS,	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		FEY	
CHEVALLIER ...		GATELLIER	
DONZELOT		de GAUDART ..	
DUVOIR		d'ALLAINES ..	
GASTINEL		LEVEUF	
LAROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SEZARY			
	MM.		
	EGALLE	Clinique obstétricale	
	METZGER		
	PORTES		
	VIGNES		

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

*Qui fut toujours pour moi le
meilleur des pères. En le per-
dant, j'ai perdu mon soutien,
mon guide, mon meilleur ami.
Puissé-je me faire aimer plus
tard comme il sut se faire ai-
mer. Je lui dédie ce travail qui
est son œuvre puisque je lui dois
tout.*

A MA MERE CHERIE

A MON FRERE

A MA GRAND'MERE

A MON ONCLE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

PIERRE ESCOUBES, ANDRE PERRIN, JACQUES SALVANET

A TOUS MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES LENORMANT

Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui m'a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse. J'ai pu pendant une
année d'internat profiter de son
enseignement. J'espère pouvoir
encore longtemps bénéficier des
conseils que son expérience et sa
science donnent toujours à ceux
qui savent les susciter, les re-
cueillir et les méditer.*

A MON MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ
DE GAUDART D'ALLAINES
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

*Qui m'a inspiré ce travail.
Au cours d'un trop bref internat
dans son service, il m'a montré
l'importance de la réflexion pen-
dant l'acte opératoire. Qu'il
trouve ici l'expression de mon
admiration et de ma respec-
tueuse affection.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

STAGE:

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT.

EXTERNAT:

MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVE.

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUILLARD.

(in memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ COSTE.

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMELAND.

(in memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR TIXIER.

INTERNAT:

MONSIEUR LE DOCTEUR METIVET.

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT.

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS BAZY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVASSU.

MONSIEUR LE PROFESSEUR FEY.

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ DE GAUDART
D'ALLAINES.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CADENAT.

A MES MAITRES DE LA FACULTE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. ROUVIERE

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. HOVELACQUE

(In memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. OLIVIER

Chef des Travaux d'Anatomie

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ P. WILMOTH.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ G. MENEGAUX.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ J. PATEL.

Chirurgiens des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR SYLVAIN BLONDIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR AUROUSSEAU.

Chirurgiens des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS DOSSOT, J. CALVET,
J. PERGOLA.

A MESSIEURS LES DOCTEURS MOZER (in memoriam),
DELAHAYE, ALLARD.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ RENE PEYCELON

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Médecin-Chef du G. C. M. 10

*Il a été non seulement notre
chef mais il fut aussi notre maître. Il sut créer dans le G. C.
M. 10 un esprit de corps, et une
union qui ne s'est plus démentie.
Sa bonté, son affectueuse bien-
veillance ont su lui conquérir
tous nos cœurs.*

A MES CAMARADES DU G. C. M. 10

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

La chirurgie du segment recto-sigmoïdien tend de plus en plus à des techniques qui s'efforcent de conserver la fonction sphinctérienne ano-rectale.

Nous verrons cependant qu'il est encore des cas où l'on ne peut pas conserver cette fonction et où l'on doit pratiquer une résection avec anus iliaque gauche définitif et abandon du bout rectal. (Opération de Hartmann).

Depuis très longtemps déjà les chirurgiens ont cherché à supprimer secondairement cette infirmité pénible que constitue un anus abdominal.

Déjà HARTMANN lui-même avait, en 1907, réalisé une intubation secondaire du bout colique dans l'ampoule rectale restante.

Plus tard, QUINTO VIGNOLO pratique, en 1910, la première ileo-colo-rectoplastie.

Ces deux opérations semblaient les seules ressources de la chirurgie pour le rétablissement secondaire de la continuité intestinale après résection recto-sigmoïdienne.

Notre maître, le Professeur agrégé de GAUDART D'ALLAINES, a publié dernièrement à l'Académie de chirurgie le 27 novembre 1940, une intéressante observation de rétablissement secondaire réalisé par anastomose du transverse au bout rectal restant.

C'est lui qui nous a inspiré cet essai de mise au point de la question du rétablissement secondaire.

Certes, l'implantation rectale du transverse n'est pas un fait absolument nouveau. Nos recherches bibliographiques nous en ont fait découvrir trois observations.

KUMMEL (Hambourg), rapporte dans la *Deutsche Gesellschaft für chirurgie* (1899, tome 28, p. 432), deux observations d'abaissement du transverse à travers l'anneau anal après une énorme résection recto-colique. Mais il ne s'agit là que de prouesses opératoires admirables mais risquées. Ce sont d'ailleurs deux opérations abdomino-périnéales terminées par invagination à travers l'anneau anal, fort différentes de l'anastomose transverso-rectale par voie abdominale que nous proposons.

DE QUERVAIN rapporte dans la *Revue Médicale de la Suisse Romande* (22 juillet 1903, p. 757) une observation d'intubation du transverse dans le rectum dans un but de rétablissement primitif après résection recto-sigmoïdienne pour cancer abandonnant en exclusion unilatérale colon descendant et angle gauche dans l'abdomen. Dans ce cas, il s'agit bien d'une opération du même type que celle que nous proposons, mais cette observation paraît avoir été oubliée et, en l'occurrence, il ne s'agissait pas d'un rétablissement secondaire ni d'une technique proposée de proops délibéré.

PLAN

Nous nous proposons, au cours de ce travail, d'exposer successivement:

I. — Pourquoi se présente encore d'une façon relativement fréquente ce problème d'un rétablissement secondaire.

II. — En présence d'un malade ayant subi une opération de Hartmann dans quel cas se pose la question d'un rétablissement secondaire.

III. — Comment se pose ce problème: ses données anatomiques.

IV. — Les différentes méthodes pour réaliser ce rétablissement:

A) Les méthodes déjà employées.

1°) Intubation recto-colique gauche.

2°) Iléo-colo-rectoplastie.

B) La nouvelle méthode de l'utilisation du transverse:

Intubation transverso-rectale.

V. — Les indications de ces différents procédés.

VI. — Les conséquences à en tirer dans la tactique de la chirurgie recto-sigmoïdienne.

VII. — Nos conclusions.

I. — EXISTENCE DU PROBLEME DU RETABLISSEMENT SECONDAIRE

1°) *Il semblerait ne plus devoir exister.*

En effet, la chirurgie de la jonction recto-sigmoïdienne et du bas sigmoïde offre actuellement une série de techniques réglées assurant le rétablissement immédiat avec conservation des fonctions sphinctériennes :

a) résection par voie combinée :

Essentiellement les voies abdomino-périnéale et abdomino-sacrée.

b) résection par voie haute avec rétablissement immédiat de la continuité.

Elle peut revêtir plusieurs modalités.

— Résection suivie d'invagination colo-rectale immédiate (opération de Lockart-Mummery).

C'est la technique de beaucoup la plus employée.

— Résection suivie de suture bout à bout immédiate. Préconisée surtout par SCHLOFFER. Utilisée aussi par TIXIER après hystérectomie. Dernièrement HORSLEY en a rapporté trois cas.

C'est une technique d'exception.

— Résection suivie d'anastomose recto-colique termi-

no-latérale avec mise à la peau en anus de décharge de l'extrémité colique. Ce n'est que l'application au bas sigmoïde de la méthode générale de colectomie de G. LARDENNOIS. DUVAL (du Havre) en a rapporté récemment 2 cas suivis de guérison (P. M., 25 mars 1939).

2°) *Néanmoins l'opération de Hartmann est encore très pratiquée car :*

- Elle semble moins grave,
- Elle est souvent imposée par la brièveté du sigmoïde.

a) *elle semble moins grave.*

Comparons les statistiques des opérations précédentes avec les statistiques des opérations de Hartmann.

Cette comparaison est difficile. Ces statistiques proviennent de chirurgiens différents. Elles rapportent des cas dissemblables par le siège des lésions, leur degré, la résistance du terrain. Elles portent sur un nombre de sujets fort variable. Surtout elles datent d'époques diverses, ce qui est un facteur important.

Les premières statistiques d'opérations de Hartmann donnent une mortalité faible :

	mortalité
SOUPAULT (J. C. nov. 1927)	31 cas, 2 morts : 6,5 %
RANKIN (1928)	26 cas, 1 mort : 4 %
MAYO	33 cas, 3 morts : 10 %

(La statistique de SOUPAULT réunit malheureusement de courtes séries opératoires d'au maximum six cas dues à des chirurgiens différents. Elle perd de ce fait un peu de sa valeur).

Cette faible mortalité contraste vivement avec celle des statistiques d'opération abdomino-périnéale à la même époque. (Il ne nous sera pas toujours possible de distinguer dans ces statistiques entre résection, qui pourtant assure seule le rétablissement, et amputation).

La mortalité dans l'abdomino-périnéale était, en effet, à cette époque de l'ordre de 26 %.

	mortalité
HARTMANN (1913)	236 cas, 98 morts: 37 %
SHWARTZ (Congr. Chir. 1925)	
réunit une série de statistiques et trouve	26,8 %

On y rapporte de différentes

sources	72 cas, 19 morts: 26,4 %
JONES	99 cas, 25 morts: 25 %

Pour la résection proprement dite,

MONDOR collige en 1924	62 cas, 27 morts: 43,5 %
------------------------	--------------------------

A ce moment, nul doute que l'opération de HARTMANN n'ait justifié pleinement son renom d'opération bénigne.

On assiste ensuite à une amélioration progressive des statistiques des opérations par voie combinée. Nous n'en voulons citer que les plus récentes.

GAHINET rapporte dans sa thèse (Paris 1938) une statistique de BERGERET de 31 cas d'opérations par voie combinée en deux temps (dont 19 résections et 11 amputations) avec 3 morts (dont une après le premier temps), soit une mortalité opératoire de 10 %.

LE ROY rapporte dans sa thèse (Paris 1941) une statistique de 67 cas d'opérations par voie combinée presque tous opérés par d'ALLAINES avec six morts, soit une mortalité de 8,6 %.

L'avantage de bénignité plus grande semble retiré à l'opération de Hartmann. L'amélioration des statistiques des interventions par voie combinée est due avant tout,

sans nul doute, aux perfectionnements techniques. Mais une remarque doit être faite. Les statistiques données notamment dans la thèse de LE ROY montrent une mortalité plus grande pour les opérations par voie basse isolée que pour les opérations par voie combinée. Étonnante constatation en contradiction formelle avec les statistiques classiques. Fouillons encore ces statistiques. Nous y verrons que l'amputation a une mortalité plus élevée que la résection.

Dans la statistique de BERGERET (mélangeant cancers et rétrécissements inflammatoires) :

10 % de morts pour les amputations et
5 % pour les résections.

Dans la statistique de d'ALLAINES nous trouvons (en ne regardant que les cancers) :

16 % de morts pour les amputations et
4 % seulement pour les résections.

On ne saurait conclure de là que plus l'opération est importante et complexe plus elle est bénigne; mais bien qu'on la réserve aux malades les plus résistants. Autrefois les indications n'étaient pas bien systématisées; aujourd'hui les chirurgiens sont d'une prudence plus avisée. Ils réservent les opérations moins satisfaisantes mais moins choquantes aux malade à l'état général déficient. Seuls les malades résistants, à bon état général, bénéficient des techniques longues par voie combinée avec conservation sphinctérienne et rétablissement de continuité. Les autres viendront grossir et grever les autres statistiques, notamment celles de l'opération de Hartmann.

Examinons maintenant l'évolution des statistiques de cette opération. Au lieu de s'améliorer, elles deviennent de plus en plus mauvaises.

		mortalité
CHARRIER (1934),	16 cas, 3 morts:	
(dont deux seulement im-		
putables à l'opération)		13 %
CHARRIER (1937)	23 cas, 6 morts:	26 %
DUFOUR (Th. 1934)	11 cas, 6 morts:	50 %
GOUVERNEUR (1935)	10 cas, 3 morts:	30 %

Cette mortalité opératoire élevée est-elle due au fait mis en relief précédemment à savoir qu'on réserve surtout cette opération aux malades fatigués. Cette explication est certainement insuffisante. Une autre cause nous paraît beaucoup plus importante. C'est une erreur dans l'indication de cette opération suivant le siège du néoplasme. Cette erreur a été relevée et bien mise en évidence par LEIBOVICI (R.- C. 58° a, n° 1).

HARTMANN s'était primitivement adressé à des cancers recto-sigmoïdiens très haut situés. Puis, dit-il « encouragé par ce succès, nous nous sommes décidé à agir de la même façon chez d'autres malades et nous avons même enlevé des cancers du rectum entièrement développés dans la partie sous-péritonéale de l'intestin ».

SOUPAULT, en 1927, revient sur cette question et séduit par la facilité et la bénignité de l'opération de Hartmann dit: « Réservée principalement aux tumeurs qui siègent à la partie basse du recto-sigmoïde et à l'étage supérieur de l'ampoule rectale, cette opération peut être exécutée dans un cadre moins étroit au point de vue topographique ». Il propose d'étendre son domaine non seulement vers le haut, au sigmoïde bas non extériorisable, mais aussi « vers le bas » notant même « qu'au cours d'un toucher rectal un cancer peut être facilement atteint par le doigt et se montrer néanmoins justiciable d'une exérèse par voie haute ».

En 1934, CHARRIER, grand partisan de l'opération

d'Hartmann, insiste encore plus sur la tendance à en élargir les indications et publie un article sur l'opération de Hartmann, appliquée aux cancers du « rectum proprement dit ».

Mais la facilité qui avait séduit tous les protagonistes de l'opération de Hartmann cesse alors d'être réelle. HARTMANN reconnaît avoir eu des difficultés. Il fut « impossible de faire une péritonisation au contact immédiat de la suture rectale ». Il dut « laisser filer vers l'anus le bout inférieur du rectum conservé ». D'autre part, on travaille tout au fond du bassin. La libération du rectum est très pénible. On est obligé de tirer. On risque de déchirer le rectum en regard du néoplasme friable, ce qui est un accident redoutable. L'opération est devenue difficile, souvent brutale et aveugle.

Non seulement l'opération a perdu sa facilité, mais les statistiques, nous l'avons vu, révèlent qu'elle a perdu aussi sa bénignité. Cette aggravation croissante de la mortalité semble due à la fréquence de plus en plus grande de la cellulite pelvienne au fur et à mesure que l'on s'attaque à des cancers plus bas situés. RANKIN dut, à deux reprises réintervenir au septième jour pour suppuration et enlever le bout rectal restant pour tamponner largement par le périnée. Aussi tous les opérateurs ont-ils cherché à améliorer le drainage soit par en haut : drainage en cheminée sous-péritonéale de COFFEY, voire même MICKULICZ, mais surtout drainage par en bas : drain trans-anal suggéré par SOUPAULT, imposé systématiquement par CHARRIER, mèche périnéale utilisée déjà par HARTMANN, enfin MICKULICZ par voie périnéo-coccygienne préconisée par LEIBOVICI. Bref il devient très difficile de drainer correctement l'espace pelvi-rectal supérieur et la cellulite tantôt aiguë, tantôt lente est la cause de presque tous les décès. Notons en passant que, d'autre part, si on étend vers le bas les indications de l'opération de

Hartmann, les risques de récidence augmentent car elle ne fait pas comme les opérations par voie combinée « le vide devant le cancer ».

De cela il ne faudrait pas conclure que l'opération de Hartmann bien indiquée, c'est-à-dire appliquée aux cancers sigmoïdiens bas et même aux cancers recto-sigmoïdiens hauts, soit grave. Au contraire, tous les perfectionnements qui ont amélioré les statistiques des opérations par voie combinée: utilisation systématique de la dérivation complète préalable, meilleure désinfection du rectum, minutie plus grande dans les sutures et les enfouissements, péritonisation plus soignée, meilleur drainage, utilisation d'un drainage inférieur; tout cela doit s'appliquer aussi à l'opération de Hartmann et la rendre plus sûre. De fait, une statistique récente (1939) de HEJDUK avec de bonnes indications, rapporte 9 cas sans aucune mort. Nous avons eu l'occasion au cours de notre internat de voir pratiquer plusieurs opérations de Hartmann bien indiquées avec des suites fort simples et surtout une grande impression de facilité et de sécurité.

Quant aux opérations par voie abdominale pure avec rétablissement immédiat de la continuité, nous n'en dirons que peu de chose. Il n'existe de statistiques que pour l'opération de Lockart-Mummery. Nous n'avons trouvé pour les autres opérations que des cas isolés. Comme statistiques d'opérations de Lockart-Mummery nous citerons:

BASTIANELLI (in Livre Jubilaire du Pr. HARTMANN 1932), 30 cas, mortalité 23,5 %.

BERGERET (in Th. LIVORY 1941), 11 cas, 3 morts, mais l'une d'elles étant survenue en quelques semaines par cachexie n'est pas imputée par l'auteur à l'opération. Il reste tout de même une mortalité de 20 %.

Nous reviendrons plus loin sur ces faits.

Nous concluerons en disant que :

— L'opération de Lockart-Mummery est la plus grave
— qu'il n'y a plus en faveur de l'opération de Hartmann la même marge de sécurité qu'autrefois lorsqu'on la compare aux résections par voie combinée

— mais qu'elle reste néanmoins l'opération la moins grave dans les cancers recto-sigmoïdiens vrais, celle qui est à réserver aux malades fatigués.

b) elle est souvent imposée par la *brièveté du sigmoïde*.

En effet, les techniques qui rétablissent la continuité exigent toutes un colon sigmoïde long.

— L'anastomose recto-sigmoïdienne termino-latérale avec mise du bout colique à la peau demande un sigmoïde particulièrement long puisqu'il faut que le segment sigmoïdien restant décrive une boucle dont le sommet passe sans traction au fond du pelvis et dont l'extrémité distale soit assez longue pour être abouchée à la peau de la paroi abdominale.

— L'invagination demande également un sigmoïde long puisque le bout colique doit dépasser l'anus de quelques centimètres pour être fixé à la peau. On peut se contenter d'invaginations moins longues mais on prend alors des risques. On perd l'avantage de l'anus de décharge trans-anal; rien ne s'oppose plus à la remontée du segment invaginé. Il est possible que certaines morts après invagination soient dues à des indications imprudemment posées avec un segment sigmoïdien trop court. Nous reviendrons sur ce point.

— Les résections par voie abdomino-sacrée ou abdomino-périnéale sont, parmi les opérations qui rétablissent la continuité, celles qui demandent le moins de longueur sigmoïdienne puisqu'il existe un bout rectal utilisé.

L'anastomose avec le bout rectal peut se faire soit par invagination soit par suture. Le premier mode, l'intubation donne les meilleurs résultats, la suture amenant souvent des échecs ou au moins des fistules sacrées difficiles à fermer. N'est-ce pas d'ailleurs parce qu'elle est réservée au cas où l'anastomose n'est pas possible sans une certaine traction que la suture a de moins bons résultats que l'invagination. Si l'on emploie l'invagination, la longueur du sigmoïde nécessaire sera analogue, à peu de chose près, à celle demandée pour une opération de Lockart-Mummery.

En résumé, nous voyons que toutes les méthodes qui rétablissent la continuité immédiatement exigent un sigmoïde long.

Sur 17 cadavres (15 hommes, 2 femmes) que nous avons examinés à ce point de vue, nous avons pu noter que dix fois il eût été impossible, étant donné la brièveté du sigmoïde, de rétablir la continuité. Peut-être aurait-on pu tout de même pratiquer dans certains cas une invagination après avoir mobilisé le côlon gauche avec désinsertion de l'angle splénique. BASTIANELLI l'a fait plusieurs fois dans le même temps opératoire que la résection recto-sigmoïdienne. PICOT en a rapporté un cas où il fit cette mobilisation dans un temps préliminaire avant résection recto-sigmoïdienne pour rétrécissement inflammatoire. Mais, nous y reviendrons, même cette pratique ne donne pas toujours la longueur nécessaire. Enfin, elle complique et aggrave encore l'opération de L.-M. qui, nous l'avons vu, est grave.

Que peut-on donc faire en cas de sigmoïde court ?

S'il s'agit d'un cancer recto-sigmoïdien il est possible de faire soit une extirpation abdomino-sacrée ou abdomino-périnéale sans rétablissement, soit une opération de Hartmann. C'est là une discussion toujours actuelle dans

laquelle nous ne voulons pas prendre parti. Notons toutefois que l'opération de Hartmann ne fait pas « le vide devant le cancer » comme les opérations par voie combinée. Elle n'assure pas, comme elles, et surtout comme la voie abdomino-sacrée un large drainage inférieur.

Mais en cas de cancer sigmoïdien bas, nul doute que nous ayons là l'indication indiscutable de l'opération de Hartmann. Elle reste donc l'opération des cancers du *sigmoïde bas à sigmoïde court*.

3°) *Peut-être même faut-il recommander plus souvent l'opération de Hartmann.*

Elle serait à pratiquer alors en envisageant de parti pris un rétablissement *différé*.

Cette extension des indications de l'opération de Hartmann doit se faire au dépend de celles de l'opération de Lockart-Mummery. Celle-ci est essentiellement indiquée dans les cancers sigmoïdiens bas à sigmoïde long. Mais nous avons vu que c'est une opération grave. Rappelons que les statistiques indiquent une mortalité de plus de 20 %. Certes on trouve épars dans la littérature des succès isolés. Mais nous pouvons leur opposer des morts non publiées observées au cours de notre internat ou qui nous ont été rapportées par des collègues. Citons d'ailleurs LIVORY qui, dans sa thèse faite sur l'opération de L. M., dit: « Lorsque l'état général n'est pas excellent, que le cancer n'a pas la mobilité désirable, nous pensons que le pronostic vital reprend ses droits sur le souci de la fonction et nous préférons faire en deux temps précédés d'une colostomie une amputation abdomino-périnéale moins shockante ». Dans un article récent (J. C. T. 56, n° 4) prônant la résection recto-sigmoïdienne suivie d'in-

tubation colo-rectale immédiate, BERGERET et LIVORY, devant la gravité de cette opération conseillent eux-mêmes, bien qu'ils ne semblent pas l'avoir encore fait, de la scinder en deux temps dont le premier sera une opération de Hartmann. C'est cette conduite que nous voudrions voir adopter plus souvent et pour laquelle nous voulons faire un bref plaidoyer. En effet, pourquoi prendre des risques importants dès la première opération si on peut se contenter d'une opération moins grave ? C'est pour obtenir cette continuité intestinale qui, de l'avis de tous, mérite que l'on prenne des risques. Mais alors pourquoi ne pas accepter de réintervenir presque systématiquement pour supprimer l'infirmité laissée par l'opération de H. Le malade, dit-on, est guéri. L'opération n'est plus une question vitale, mais une question fonctionnelle qui ne justifie pas d'accepter des risques. Qui ne voit que cette attitude est fausse et hypocrite. Une fois la résection rectosigmoïdienne faite, la question vitale est jouée. Si l'on est logique et que l'on accepte de n'opérer que dans ce but, il faut aboucher à la peau. Si l'on fait une invagination on commence en réalité à ce moment-là une deuxième opération qui n'est justifiée que par un but fonctionnel, or c'est une partie risquée. Si l'on admet la légitimité de cette deuxième opération, pourquoi ne pas la remettre à un temps ultérieur ? On laissera ainsi le malade juger lui-même de l'opportunité de courir un risque opératoire dans un but purement fonctionnel. Si on lui dit : « Vous êtes guéri. Je n'ai plus rien à vous faire » et que, néanmoins, il accepte et même réclame l'opération en pleine connaissance des risques qu'elle comporte, on est beaucoup mieux autorisé à les lui faire courir qu'en lui présentant une seule opération plus risquée qu'il croit nécessaire à sa guérison. Nous pensons donc que l'opération de L. M. ne doit être pratiquée que rarement dans les cas très favorables.

Pour tous les autres, il nous semble préférable d'admettre le principe du rétablissement *différé*.

Celui-ci, en effet, nous semble diminuer de beaucoup les risques. Nous verrons d'ailleurs que tous les cas pratiqués ont parfaitement guéri sauf un où la mort est manifestement due à une faute de technique.

Les avantages de ce rétablissement différé sont :

— la diminution de la durée et du schock de l'opération.

Puisqu'elle est scindée en deux, chacune est moins shockante.

— l'ampoule rectale peut être parfaitement vidée et désinfectée avant l'invagination.

— l'ampoule rectale abandonnée s'est *rétrécie*.

Cette étroitesse de l'ampoule est un élément favorable qu'avait déjà noté HARTMANN. Elle assure un meilleur contact entre le rectum et le colon invaginé. BASTIANELLI, qui est un défenseur de l'invagination primitive, dit qu'il fut souvent obligé de froncer la tranche rectale afin de pouvoir y invaginer correctement le colon. Cette incongruence du bout rectal et du bout colique peut rendre très précaires les sutures colo-rectales d'appui. Au contraire, en cas de rétablissement différé, on incise l'ampoule à la demande. On a donc toujours une concordance entre l'orifice rectal et le diamètre du bout colique à y invaginer. D'autre part, l'invagination sur toute sa longueur sera en contact étroit avec cette ampoule rétrécie.

— *Pas d'espace mort péri-rectal.*

Le collier d'invagination en cas de rétablissement primitif est isolé au centre d'un espace mort pelvien éminemment infectable et dont le drainage est le point critique de l'opération de L. M. C'est contre le danger dû à cet

espace mort que BERGERET et LIVORY recommandent un drainage inférieur périnéal. Mais il ne supprime pas tout risque.

En cas de rétablissement tardif, on ne fait aucun décollement pour trouver l'ampoule. On incise seulement. Il n'y a plus d'espace mort. C'est là encore un gros avantage du rétablissement différé.

— *Péritonisation secondaire de l'ampoule rectale.*

En cas d'invagination primitive, le bout rectal coupé au-dessous du Douglas est dépourvu de péritoine. Les sutures d'adossement colo-rectal ne peuvent pas être séro-séreuses mais seulement séro-musculaires.

Au contraire, en cas d'invagination secondaire, le cloisonnement péritonéal pelvien s'est abaissé et s'est accolé au dôme rectal restant. Lorsqu'on incisera cette ampoule sur un tuteur, on aura deux lèvres péritonisées qui permettront des points d'adossement vraiment séro-séreux. C'est là un avantage énorme car la sécurité des sutures est infiniment meilleure dans le cas d'un bon adossement séro-séreux.

— *Un bon plancher péritonéal.*

Au-dessus de l'invagination à la fin d'une opération de L. M., on péritonise. On péritonise incomplètement si on fait un drainage abdominal. Si on fait un drainage périnéal ou abdomino-périnéal on cherche à réaliser un cloisonnement pelvien complet mais ce n'est pas toujours facile à réaliser, et cette péritonisation toute fraîche est tout de même précaire.

En cas d'invagination différée, il existe toujours un bon plancher péritonéal.

Donc :

Shock scindé en deux.

Ampoule rectale parfaitement vidée et désinfectée.

Ampoule rectale rétrécie.

Pas d'espace mort péri-rectal.

Péritonisation secondaire du dôme rectal.

Bon plancher péritonéal.

Tels sont, résumés, les avantages que comporte la pratique du rétablissement différé.

II. — INDICATIONS DU RETABLISSEMENT

1°) *C'est toujours souhaitable.*

En effet, un anus abdominal constitue une infirmité pénible. La continence n'est jamais bonne, l'horaire des selles n'étant jamais bien réglé, les malades doivent être constamment garnis. Nous avons vu des malades se plaindre d'être incommodées elles-mêmes d'une mauvaise odeur constante. Un prolapsus muqueux vient souvent compliquer les soins locaux. Il peut se produire des sténoses de l'anus artificiel nécessitant des dilatations quotidiennes.

Enfin, il est toujours souhaitable de tenir ses promesses. Or, combien de malades ne se sont laissés opérer qu'après la promesse souvent vague que l'anus ne serait sans doute que temporaire. Combien de ces promesses chirurgicales ont-elles été tenues ?

Le malade, dit-on, s'habitue à cette infirmité, mais il semble que les malades soient de moins en moins résignés, qu'ils acceptent de plus en plus difficilement tout amoindrissement physique. Cette exigence plus grande des malades rendra plus difficiles des promesses vagues et réticentes. Beaucoup de malades n'ont pas été prévenus exactement avant l'opération des inconvénients de l'anus artificiel. Une malade que nous avons revue dernièrement nous a dit : « Je ne me serais jamais laissé opérer si j'avais su ce que c'était ». N'est-il pas du devoir du chi-

rurgien d'informer exactement ses malades des conséquences des opérations qu'il propose et de ne pas faire de promesses qu'il estimera ne pas devoir tenir. Nous espérons lui montrer que la promesse du rétablissement peut être tenue.

2°) *C'est parfois nécessaire.*

Le rétablissement de la continuité se présente parfois comme une nécessité et non comme une opération de luxe.

Des psychoses graves peuvent, en effet, survenir. Chez des sujets jeunes où la question sexuelle se pose, la suppression de l'anوس transformera complètement un psychisme parfois gravement troublé. Une vie d'infirme, un avenir misérable peuvent être complètement transformés. C'est ainsi qu'OKINCZYC put rendre à la vie normale une jeune fille de 16 ans porteuse d'un anus iliaque gauche depuis l'âge de six ans. N'était-ce pas une opération nécessaire ?

INDICATIONS

Il faut néanmoins préciser les indications qui dépendent de :

— *La lésion.*

On rétablira plus volontiers s'il s'agit d'une tumeur bénigne. Parmi celles-ci l'endométriome est un cas relativement fréquent. (C'est d'un endométriome qu'il s'agit dans notre observation). Certaines lésions inflammatoires, des lésions traumatiques ayant nécessité une résection recto-sigmoïdienne sont également de bonnes indications.

S'il s'agit d'un cancer, il faut insister sur la notion

du temps écoulé. Il ne faut rétablir en effet que si on a la certitude de la guérison définitive. Un délai de plusieurs années nous semble nécessaire. Cependant, même la nature cancéreuse de la lésion n'est pas un argument péremptoire pour refuser à un malade jeune l'opération qui lui permettra de vivre normalement les années qui lui restent à vivre, même si elles sont comptées.

— *Du terrain.*

Il est évident qu'il faut un bon état général. Un état général déficient interdit d'opérer pour un résultat uniquement fonctionnel.

L'âge est naturellement un élément important de décision. Plus le sujet est jeune, plus l'indication sera poussée. Le jeune âge autorisant les techniques les plus complexes.

— *Du désir du malade dûment prévenu des risques encourus.*

Il ne faut opérer que le malade qui réclame l'intervention avec énergie et à maintes reprises. Il faut lui expliquer qu'il est guéri, que l'opération est un luxe, qu'elle comporte un risque mortel. S'il persiste dans son désir, on sera autorisé à opérer. La malade de QUENU lui répondit: « J'accepte volontiers le risque de mort contre la plus petite chance de succès. Je ne vous demande qu'une chose c'est de ne pas m'exposer à une infirmité pire ». Telle était également l'attitude de notre malade.

En somme, malade jeune, complètement guéri, lésion bénigne, réclamant l'opération et en acceptant les risques, telle est l'indication type.

III. — DONNEES ANATOMIQUES DU PROBLEME

1°) *LA PERTE DE SUBSTANCE.*

Il existe une véritable perte de substance colique.

Son étendue est toujours importante. Elle est parfois considérable. Dans notre observation, une distance de quarante centimètres séparait l'anus iliaque gauche du bout rectal restant. Elle dépend de la situation plus ou moins haute de cet anus et de la hauteur de l'ampoule rectale restante.

On en jugera en injectant d'une part l'ampoule rectale par un petit lavement opaque, et d'autre part, le reste du colon par un lavement baryté donné par la colostomie. On n'omettra pas de repérer l'orifice de la colostomie; l'extrémité de la canule l'indique suffisamment mais si l'orifice est trop étroit et nécessite l'emploi d'une sonde il faut le cerner par un fil de plomb.

2°) *LE BOUT RECTAL.*

C'est le *péritoine* qui importe.

— En règle, il est sous-péritonéal.

S'il s'agissait d'un cancer sigmoïdien bas, certains ont pu sectionner en zone péritonisée au-dessus du cul-de-sac de Douglas. Des observations en font foi qui rapportent du reste des rétablissements immédiats. Mais en règle, même dans ces cas, il faut couper bas, sous-péritonéal pour des raisons vasculaires. HARTMANN préconisait déjà

cette section basse, la zone recto-sigmoïdienne risquant de se nécroser. SOUPAULT, puis CHARRIER, ont insisté sur cette nécessité de la section rectale basse sous-péritonéale dans toutes les opérations de Hartmann pour des raisons d'irrigation sanguine.

— Cependant le dôme de l'ampoule rectale abandonnée peut se péritoniser secondairement. C'est un des avantages du rétablissement secondaire sur l'invagination primitive. La cloison péritonéale pelvienne tendue au-dessus de l'ampoule rectale à la fin de l'opération de Hartmann s'est affaissée, est venue s'y accoler et en péritoniser le dôme. Notons que la technique de l'opération de Hartmann telle que la décrit CHARRIER, nous semble défavorable pour un rétablissement secondaire. En effet, il ne ferme pas le bout rectal restant, il l'utilise comme voie de drainage en le retournant sur un gros drain. Ceci diminue la hauteur du moignon rectal et doit donner une moins bonne étoffe sur le dôme du moignon. Si l'on fait une opération de Hartmann, avec l'idée d'un rétablissement ultérieur, il vaut mieux, nous semble-t-il, renoncer à ce drainage transanal malgré sa sécurité plus grande. Il semble aussi qu'il y ait intérêt à suspendre si possible le moignon rectal fermé au cloisonnement péritonéal pelvien.

3°) *LE BOUT SIGMOÏDIEN.*

C'est la *longueur* qui importe.

— En règle, il n'y a pas de longueur.

Nous avons vu, en effet, que c'est la brièveté du sigmoïde qui impose le plus souvent l'opération de Hartmann. Si le sigmoïde avait eu une longueur suffisante, on aurait probablement utilisé une technique assurant d'emblée la continuité.

— Cependant, il se produit souvent un allongement

secondaire. C'est SCHWARTZ qui a surtout insisté sur la fréquence relative de cet allongement. L'anse s'allonge sous l'influence du poids des matières qu'elle contient. Des chirurgiens ont eu l'heureuse surprise à des radios ultérieures de trouver une anse qui, autrefois trop brève, était devenue suffisante pour un abaissement. Outre le cas de SCHWARTZ, de nombreuses observations en témoignent :

JEAN (de Toulon), ayant fait neuf ans auparavant, pour un éclatement par air comprimé, une large résection recto-sigmoïdienne suivie d'un anus médian sous-ombilical amarré de court constate « à sa grande surprise » que le colon descend plus bas que l'anus artificiel de trois travers de doigt environ formant une anse parfaitement mobile au-dessus du pubis.

SANTY et BECHET ayant fait une résection recto-sigmoïdienne pour infarctus pelvien, décident deux ans après, de rétablir la continuité par iléo-coloplastie. A l'opération, ils ont la surprise de trouver un côlon formant un véritable « S iliaque ».

OKINCZYC, deux ans après une opération de Hartmann se décide également à faire une iléo-coloplastie. Il a la « surprise agréable » de trouver un allongement suffisant pour une invagination colo-rectale.

— Cependant, cet allongement n'est pas constant. Notre maître, le Professeur d'ALLAINES, n'a jamais constaté cet allongement. Au contraire, il a vu parfois des atrophies de côlon abouché à la peau. OKINCZYC n'a pas vu non plus le moindre allongement chez une jeune fille de seize ans opérée six ans auparavant. Nous-mêmes, dans un cas datant de plus d'un an avons trouvé un côlon toujours amarré de très court et sténosé à sa terminaison.

En conclusion, cet allongement secondaire est indiscutable, semble même fréquent, mais il ne faut pas toujours compter sur cette heureuse modification.

IV. — LES METHODES

Nous étudierons successivement:

Les méthodes déjà employées:

— abaissement recto-colique gauche.

— iléo-colo-recto-plastie.

La nouvelle méthode d'utilisation du transverse.

A. — LES METHODES DEJA EMPLOYEES

1. — *ABAISSMENT RECTO-COLIQUE GAUCHE.*

HISTORIQUE

— En tant que procédé de chirurgie générale, l'intubation colo-rectale est une méthode déjà ancienne. Rappelons que c'est MAUNSELL qui l'avait conçue en 1892. Elle fut réalisée par MORISON, en 1896. Mais c'est la publication de LOCKART-MUMMERY qui la fit surtout connaître.

— En tant que procédé de rétablissement secondaire après opération de H., elle fut réalisée par HARTMANN lui-même en 1907; mais c'est SCHWARTZ qui, en octobre 1928. à la Société de Chirurgie, fit un exposé complet et un plaidoyer en faveur de cette méthode. Depuis, plusieurs observations de ce procédé furent publiées.

CONDITIONS

1°) *Une anse colique suffisamment longue.*

— Elle peut l'être d'emblée. C'est ainsi que dans l'observation de Hartmann, la résection fut faite pour une tumeur pédiculée d'apparence bénigne, elle fut semble-t-il, peu étendue, aussi un mois et demi après, HARTMANN pouvait rétablir la continuité.

— Elle peut le devenir secondairement. Nous avons vu que c'est SCHWARTZ qui a insisté sur ce phénomène non constant mais fréquent. Nous avons également insisté sur la notion de temps. Il faut attendre environ un an pour juger de l'allongement et plus peut-être pour obtenir une longueur suffisante.

— C'est la radiologie qui montrera la longueur du sigmoïde que l'on peut avoir à sa disposition. On donnera un lavement opaque par l'anus et par la colostomie: on fera un examen scopique complété par un cliché. La scopie permet de séparer au distincteur les deux parties de l'anse qui peuvent s'accoler en canon de fusil pour mieux en apprécier la longueur une fois déroulée.

2°) *Un petit bassin libre.*

Si on a opéré la première fois pour des lésions inflammatoires, s'il existait un degré plus ou moins marqué de péritonite, il faut savoir attendre suffisamment longtemps pour que ces phénomènes inflammatoires cessent. On pourra, dans une certaine mesure en juger par le toucher rectal. Il faut sentir une ampoule rectale parfaitement souple et bien mobile dans un petit bassin libre. De toute façon, un délai de un an au minimum semble prudent. SANTY a attendu deux ans avant de réintervenir après une résection pour infarctus pelvien.

SOINS PRE-OPERATOIRES

Purge, lavements évacuateurs du bout colique. Nettoyage du bout rectal à l'anuscopie ou au dilatateur sous le contrôle de la vue. Pour ne pas l'avoir fait, deux opérateurs ont eu la désagréable surprise d'y trouver un coprolithe, lors de son ouverture par voie abdominale !

Une fois nettoyé en tous ses recoins à la compresse montée, lavé, puis séché, le rectum peut être poudré au septoplix. On fera un iodage ou un tamponnement iodoformé sur la table d'opération avant de commencer l'intervention.

TECHNIQUE

1°) *Technique de l'invagination proprement dite.*

Nous ne la décrivons pas. Elle se trouve exposée dans maints livres de technique. On la trouvera notamment parfaitement décrite et illustrée dans un article de BERGERET et LIVORY (J. C., T. 56, n° 4). Insistons néanmoins sur quelques points importants :

a) *Nécessité d'une invagination longue.*

Le mieux est de faire sortir par l'anus le bout colique. On réalise ainsi un véritable anus artificiel de décharge trans-anal. On lutte de plus contre la remontée possible de l'invagination en fixant l'extrémité colique à la peau. Si l'on ne peut pas arriver à faire sortir le bout colique par l'anus, il faut tout de même invaginer le plus long segment possible. Dans ce cas, il y a intérêt à fixer aussi exactement que possible un tube s'enfonçant dans le bout colique et qui, sortant par l'anus, réalisera tout de même un certain anus de décharge. Il y aurait peut-être intérêt aussi, comme le conseille BASTIANELLI, à fixer de chaque côté du bout colique deux solides anses de soies qui seront amarrées à la peau et s'opposeront à la remontée de l'invagination.

b) *Intérêt d'une suture inversante.*

Il faut charger les lèvres de l'incision rectale sur l'aiguille en piquant deux fois la séreuse, d'abord près du bord libre, puis plus loin. On retourne ainsi ces lèvres et on adosse séreuse à séreuse.

c) *Nécessité de la fixation en arrière* du mésosigmoïde abaissé. En effet, pour avoir laissé ainsi tendu dans le bassin la corde mésocolique, SCHWARTZ a perdu son opérée qui fit une occlusion mortelle en engageant des anses grêles entre ce mésentère et la concavité sacrée.

2°) *Autres techniques.*

D'autres techniques que l'invagination sont possibles. Elles ne sont que des techniques d'exception. Ce sont la suture et l'anastomose au bouton.

— la suture.

La suture bout à bout n'est pas en soi un mauvais procédé d'anastomose colique. Elle serait avantageuse en cas de côlon sigmoïde un peu court car elle fait gagner toute la longueur de l'ampoule rectale restante soit une douzaine de centimètres. On lui a reproché de donner des sténoses. Aussi dans la chirurgie colique abdominale beaucoup, et c'est notre opinion, lui préférèrent les larges anastomoses latéro-latérales. D'ailleurs, l'invagination expose aussi à la sténose. On a aussi reproché à la suture (surtout dans les rétablissements par voie sacrée) d'être plus risquée, de donner plus souvent des fistules que l'invagination. Mais n'est-ce pas plutôt parce qu'on la réserve au cas où le côlon est court et où la réunion ne peut se faire qu'avec une certaine traction alors que l'invagination est employée toutes les fois que l'on a beaucoup d'étoffe donc pas de traction. Dans le cas qui nous occupe, la seule considération qui fasse rejeter ca-

tégoriquement la suture, c'est sa difficulté d'exécution. On travaille tout au fond du bassin. On est très loin de son ouvrage. On peut, à la rigueur suturer correctement en avant. Mais, en arrière, gêné en plus par le méso, il est presque impossible de faire une suture satisfaisante. La suture ne fut d'ailleurs employée que par HEJDUK dont on trouvera la curieuse observation plus loin; mais il dut faire une opération abdomino-sacrée et il fit une anastomose latéro-latérale par voie sacrée.

— le bouton.

L'anastomose au bouton réalise une économie de longueur de toute la hauteur de l'ampoule rectale. A Paris, on n'aime guère le bouton. On lui reproche de ne pas toujours s'éliminer, de laisser alors subsister un risque permanent d'occlusion, par obstruction de sa lumière. Même lorsqu'il s'élimine, il ne donne, dit-on, qu'une anastomose étroite et à tendance souvent sténosante. A Lyon, nous avons vu, au contraire, tous les chirurgiens utiliser couramment le bouton et rester tous constamment fidèles à cette méthode simple et rapide; ce qui laisse supposer qu'elle ne leur donne guère d'ennuis. Mais plus encore que la suture, le bouton doit être utilisé entre des surfaces intestinales péritonéales. C'est cette raison qui l'a fait formellement rejeter dans la chirurgie du rectum proprement dit où cette condition n'est jamais remplie. Mais nous avons vu qu'en cas de rétablissement secondaire on trouvait un dôme rectal toujours bien péritonisé. Le bouton est donc un procédé commode qui peut rendre service dans les cas de côlon un peu court. SANTY vient de rapporter dernièrement une observation de rétablissement secondaire au bouton avec un excellent résultat fonctionnel. Il s'est servi du gros bouton de Villard et de la pince porte-bouton imaginée par LARDENNOIS pour les anastomoses iléo-sigmoïdienne au bouton.

3°) *La question de la dérivation.*

La plupart des opérateurs s'en sont dispensé, certains l'ont utilisée. Elle nous semble inutile si l'invagination est longue et sort par l'anus. Il semble que ce soit une mesure utile dans les autres cas. Il n'est pas question de faire un anus à éperon difficile à fermer, mais une simple fistule évitant la mise en tension du côlon, soit coecostomie à minima sur sonde de PEZZER, qui se fermera seule ensuite comme l'ont fait SANTY et BECHET, soit peut-être iléostomie à la Witzel aussi facile à exécuter, se fermant seule dès l'ablation de la sonde et assurant pendant quelques jours une excellente dérivation. PERGOLA a fait paraître dernièrement en sa faveur (J. C. T. 56, n° 5) un chaud plaidoyer appuyé sur des exemples impressionnants.

4°) *Le décollement du côlon gauche.*

A surtout été utilisé pour permettre des rétablissements primitifs, soit rétablissement par voie combinée, c'est l'opération de Cavaillon-Chalier, soit rétablissement par voie purement abdominale à la Lockart-Mumery. Il peut être exécuté dans le même temps que l'exérèse ou dans un temps préalable (PICOT).

Dans le cas d'un rétablissement secondaire, le décollement du côlon gauche apparaît comme un adjuvant utile pour gagner les quelques centimètres qui manquent pour invaginer avec sécurité. Pour être efficace, ce décollement doit être poussé jusqu'à l'angle gauche et libérer celui-ci entièrement avec section du sustentaculum lienis; manœuvre souvent difficile à réaliser par voie médiane.

Quelle longueur peut-on gagner par cette manœuvre ?

Dans la thèse de DUVAL qui reste le document classique sur les décollements coliques, nous lisons: « Nous avons pu gagner de 15 à 35 centimètres, allonger d'autant la longueur du côlon pelvien mobile ». Plus loin: « Nous

avons pratiqué la résection totale du côlon pelvien depuis le segment pré-sacré jusqu'au côlon iliaque. Les deux bouts étaient ainsi écartés de 12 centimètres au maximum. Toujours le glissement en bas du côlon ilio-lombaire a amené avec grande facilité le bout inférieur au contact du bout supérieur et toujours dans ces cas nous avons pu faire une suture latéro-latérale ou termino-latérale au lieu d'avoir recours à la méthode termino-terminale. Dans la résection ilio-pelvienne de 12 centimètres portant sur la portion gauche du côlon pelvien et sur tout le côlon iliaque, le glissement descendant du côlon lombaire combiné à l'ascension du côlon pelvien a suffi pour coapter latéralement les deux bouts. De plus, la suture se pratiquait hors du ventre et non plus sur la paroi postérieure de l'abdomen, comme il est forcé de le faire si on ne mobilise pas le côlon lombaire ».

Les chiffres de 15 à 35 centimètres nous semblent fort exagérés. D'ailleurs, plus loin, DUVAL ne parle plus que d'écart de 12 centimètres. Les chiffres précédents concernaient donc, semble-t-il, des longueurs de côlon réséqué. Il est évident que la résection d'un côlon en guirlande peut n'entraîner qu'un faible écart linéaire entre les deux bouts. De plus, il parle aussi de l'ascension du bout pelvien ce qui dans notre cas ne saurait jouer puisqu'il ne reste plus que l'ampoule rectale. D'autres auteurs disent que le gain obtenu est toujours d'au moins 10 centimètres. En réalité, les décollements du côlon gauche que nous avons pratiqués sur dix-sept cadavres nous ont donné les allongements suivants:

Huit fois 15 centimètres; 5 fois 10 centimètres; 3 fois 8 centimètres; 1 fois 5 centimètres.

Il nous semble donc prudent de ne pas compter en pratique sur plus de 5 centimètres d'allongement. Après section du côlon à l'union de sa portion pelvienne et de sa portion iliaque nous avons pu neuf fois sur dix-sept

abaisser le bout supérieur au niveau du cul-de-sac de Douglas mais le plus souvent avec une certaine tension. Pour une résection recto-sigmoïdienne habituelle, où la section du sigmoïde siège au sommet de l'anse, nous aurions pu invaginer 9 fois contre 7 fois sans décollement. Dans certains cas donc, ce décollement du côlon gauche permet un rétablissement impossible autrement. Rappelons que PICOT et d'autres l'ont fait dans un temps préliminaire avant une opération du type Lockart-Mummary. Aussi, on pourrait suggérer de pratiquer ce décollement lors d'une opération de Hartmann faite avec l'idée préconçue d'un rétablissement différé lorsque le côlon sigmoïde paraît un peu court.

5°) *La question du drainage.*

— Dans l'intubation primitive: il faut drainer. Tous les auteurs sont d'accord. Certains drainent par voie abdominale, par un sac de Mickulicz ou par un drainage en cheminée sous péritonéale à la Coffey. BERGERET ajoute systématiquement un drainage inférieur par mèche périnéale.

— Dans l'intubation secondaire, au contraire, le drainage est inutile car on n'a pas fait de décollement, il n'y a pas d'espace mort péri-rectal. Cependant, SANTY et BECHET ont utilisé une fois le vagin pour un drainage inférieur par mèche entièrement sous-péritonéale, chez une malade déjà hystérectomisée.

OBSERVATIONS

(Résumées)

Obs. I. — HARTMANN 1907.

Femme 53 ans. — Diagnostic douteux de cancer sigmoïdien.

12 février 1907 : ouverture de l'intestin. La tumeur est pédiculée et paraît bénigne, mais il existe un ganglion.

Résection assez économique semble-t-il. Fermeture et enfouissement du bout inférieur. Bout supérieur à la peau.

Ex. histologique : adénome.

27 mars 1907 : invagination colo-rectale sortant par l'anus — adossement séro-séreux par six points — suture par quelques points du bout colique à la peau. Fermeture sans drainage.

Revue en 1911 : excellent résultat.

Obs. II. — SCHWARTZ 1928.

Femme — cancer recto-colique — opération de Hartmann.

1 an après S. constate radiologiquement l'allongement de l'anse colique. Invagination colo-rectale. Pas de fixation de l'anse colique à la concavité sacrée.

Mort le quatrième jour d'une occlusion intestinale suraiguë due au passage constaté à l'autopsie, d'une partie du grêle derrière l'anse abaissée entre elle et le sacrum.

Obs. III. — JEAN (de Toulon) 1930.

Garçon 15 ans — rupture recto-colique par air comprimé.

Très large résection du rectum et du côlon-sigmoïde, s'étendant en haut jusqu'au côlon descendant et suivi d'anus médian sous-ombilical. Revient à 24 ans pour demander la suppression de son infirmité. A l'examen radiologique J. constata « à sa grande surprise » que le côlon descendait plus bas que l'anus médian de trois travers de doigt environ, formant une anse parfaitement mobile au-

dessus du pubis. J. s'aidant un peu d'une libération du bout sup. put l'attirer hors de l'anus de 3 cm. et le fixer à la tranche rectale.

Guérison parfaite.

Obs. IV. — HEJDUK (Brünn) 1934.

Femme 39 ans — Cancer recto sigmoïdien.

6 avril 1932 — Opération de Hartmann — Section au-dessus d'un champ chauffé pour coaguler la tranche de section qui est fermée et enfouie par deux plans.

En 1934, la malade vient demander le rétablissement. — Ex. au rectoscope — Pas trace de récurrence dans le bout rectal long de 12 centimètres. La distance avec le bout colique étant grande H. décide d'opérer en deux temps.

Le 20 août 1934. — Désinsertion et mobilisation du côlon gauche d'après Cavaillon-Chalier — le côlon décollé est très mobile et s'abaisse sans difficulté dans le petit bassin. Fixation de l'angle splénique par quelques points au niveau de la crête iliaque. Le 11 octobre 1934, colo-rectostomie latéro-latérale par voie abdomino-sacrée.

1°) Fermeture en deux plans du bout colique, abaissement dans le pelvis.

2°) Résection du coccyx, de la 5^e et 4^e pièce sacrées, décollement du fascia pelvien.

Ouverture latéro-utérine gauche du péritoine pelvien.

On attire le côlon par brèche — section partielle du releveur gauche et dénudation du rectum. Anastomose recto-colique latéro-latérale.

Guérison. — Revue en 1938 — bon résultat.

Obs. V. — SANTY et Michel BECHET 1937.

Infarctus génito-pelvien après tentative d'avortement. Hystérectomie totale.

On doit réséquer 20 à 25 cm. du segment recto-sigmoïdien sphacélé. Aucune péritonisation. Large Mickulicz. Bout sup. à la peau.

S. attends deux ans pour disparition des phénomènes de péritonite pelvienne. — Se prépare alors à rétablir au besoin par iléo-coloplastie. L'opération montre un cœlon formant un véritable « S iliaque » et un petit bassin parfaitement péritonisé.

Incision de ce péritoine. Pince dans le vagin et dans le rectum. Séparation des 2 — ouverture du vagin — Mèche par le vagin — On fixe le bout colique supérieur sur un très gros drain par plusieurs points de catgut. Invagination sur une grande longueur. — Mèche vaginale étalée devant la suture. Péritonisation complète au-dessus à points séparés. Cœcostomie avec une grosse Pezzer.

Le drain sort par l'anus. Il tombe le huitième jour — la mèche a été enlevée le septième jour — Cœcostomie se ferme seule — Bonne fonction rectale.

Obs. VI. — OKINCZYC 1939.

Deux ans après une opération de Hartmann chez une femme, se décide à faire une iléo-coloplastie sur la demande instante et réitérée de la malade qui accepte tous les risques. Il a la « surprise agréable » de trouver un allongement suffisant pour invagination colo-rectale. Guérison complète.

Obs. VII. — SANTY 1940 (Société de Chirurgie de Lyon : 17 octobre 1940).

Malade de Cotte qui à une première laparatomie présentait des lésions évidentes d'endométriose de l'isthme utérin. Présente une lésion à la partie la plus basse, la plus fixe de l'anse descendante du sigmoïde ressemblant absolument à un squirre. Pour essayer de préciser le diagnostic: rectoscope avec insufflation qui détermine un syndrome aigu de fissure intestinale. — Résection recto-sigmoïdienne d'urgence avec mise à la peau du bout supérieur. Ex. histologique: endométriose.

S. juge le rétablissement particulièrement indiqué vu la nature

bénigne de la tumeur. « En raison de la longueur un peu réduite des deux segments intestinaux à anastomoser, il a paru difficile de réaliser une suture bout à bout correcte et l'anastomose a été faite selon la technique de Lardennois avec un gros bouton de Villard ».

Suites opératoires simples. Résultat fonctionnel excellent.

RESULTATS

Sur les sept observations que nous avons pu retrouver dans la littérature, nous ne voyons qu'une mort. Particulièrement intéressante, elle montre que l'absence de fixation de l'anse en arrière crée un redoutable danger. Si l'on excepte cette mort facilement évitable, on trouve toujours des suites opératoires simples et d'excellents résultats fonctionnels.

CONCLUSIONS

Lorsque l'on compare ces six succès obtenus facilement et semble-t-il, sans grand risque avec des suites opératoires simples aux statistiques d'opérations de L.-M., toutes grevées d'une mortalité assez importante, on ne peut qu'être séduit par l'idée de systématiser ce rétablissement en deux temps et de le substituer de parti-pris à l'invagination primitive.

2. — L'ILEO-COLO-RECTOPLASTIE.

Toute la question de l'iléo-colo-rectoplastie est parfaitement étudiée et mise au point dans un article de Jean QUENU dans le Journal de Chirurgie 1933, tome 42, n° 1. Nous ne ferons ici que rappeler quelques-uns des points exposés dans cet article en y ajoutant seulement quelques remarques et les observations publiées depuis lors.

HISTORIQUE

Puisqu'on se trouve en présence d'une perte de substance intestinale l'idée devait venir d'utiliser pour la combler un « greffon ». L'idée remonte à 1887 et est due à NICOLADONI d'Innsbrück. Elle fut ensuite expérimentée longuement sur l'animal avec de déplorables résultats jusqu'à ce que SORESI ait montré l'importance de la dérivation en amont par un anus artificiel et que STONE ait montré l'intérêt d'utiliser des anses longues à au-moins deux artères. C'est QUINTO-VIGNOLO qui l'effectua le premier en 1910, avec succès. L'article de J. QUENU en rapporte six observations. Depuis, quelques autres observations ont été publiées.

CONDITIONS

— *L'étendue de la perte de substance.*

Ne semble pas avoir d'importance.

PAUCHET a pu faire une greffe iléale comblant une perte de substance s'étendant jusqu'à la moitié du transverse.

— *l'état du petit bassin.*

Là comme pour toutes ces interventions, il faut un petit bassin libre. Des adhérences serrées compliquent beaucoup l'intervention. PICOT a pu la mener à bien malgré un petit bassin rempli d'anses grêles agglutinées, mais il reconnaît avoir eu de grosses difficultés pour réduire les anses dans la grande cavité et aussi pour trouver le bout rectal malgré une pince introduite par l'anus. Il ne s'était écoulé que quatre mois entre la résection rectosigmoïdienne et l'intervention plastique ce qui est peut-être un délai un peu court.

TECHNIQUE

Parfaitement décrite et illustrée dans l'article de QUENU (J. C. T. 42, n° 1); nous ne ferons que le résumer en insistant sur quelques points dont l'importance a été encore mise en valeur par les récentes observations.

a) *La dérivation externe.*

L'anus artificiel est une précaution indispensable. Il a surtout pour but d'éviter aux sutures les effets de la pression intra-intestinale plus que le contact des matières. C'est à la méconnaissance de cette mesure de sécurité que sont dus les échecs des expérimentateurs. C'est d'ailleurs actuellement presque un dogme de la chirurgie colique. Cette dérivation existe dans toutes les observations publiées soit que l'anastomose iléo-colique ait été réalisée par implantation ou anastomose latéro-latérale en laissant l'anus artificiel existant en place pour assurer la décharge, soit que le bout iléal supérieur ait été d'abord mis à la peau à côté du bout colique pour laisser au repos jusqu'à cicatrisation l'anastomose iléo-rectale.

b) *Technique proprement dite.*

1°) *Prélèvement de l'anse grêle.*

Choix de l'anse. — On sait qu'il faut la prendre à partir d'un point situé à 40 centimètres de l'angle iléo-cœcal, point le plus abaissable.

Section de l'anse. — Il faut que la section passe de chaque côté au milieu d'une arcade vasculaire. En juger par transparence en s'aidant au besoin de l'éclairage d'un écarteur lumineux si le méso est gras. Une anse longue n'augmente pas les dangers d'ischémie. Au contraire, semble-t-il, d'après les expériences de STONE sur le chien.

On ne craindra pas un excès de longueur. Il a rendu service à QUENU qui dut réintervenir pour une sténose de l'anastomose iléo-rectale. Il n'a pas gêné la malade de PICOT qui prit pourtant une greffe très longue, nécessitée par la disposition vasculaire.

Sections du méso. — Discrètes et strictement perpendiculaires à l'intestin.

2°) *Traitement du bout inférieur.*

Si l'anastomose se fait avec un segment inférieur véritablement colique, on peut réunir bout à bout. FENWICK réunit par sutures avec un bout colique fraîchement coupé car il fit résection et opération plastique dans le même temps. PAUCHET réunit au bouton avec un bout colique avivé.

Mais dans le cas qui nous occupe de résection recto-sigmoïdienne le segment inférieur n'est plus colique mais rectal. La suture directe est impossible à réaliser tout au fond du pelvis, elle est risquée. On utilisera l'invagination. Il semble difficile d'invaginer jusqu'à l'anus à cause de la traction sur le mésentère et du risque d'ischémie qui en résulte. Quelques opérateurs ont essayé de le faire mais ont dû y renoncer. Il y a donc intérêt à fixer étroitement à l'extrémité inférieure de la greffe iléale un gros tube que l'on fait sortir par l'anus et que l'on fixe à la peau de la fesse ou de la cuisse (QUENU) pour éviter sa remontée.

Naturellement, les points de suture iléo-colique réaliseront une suture invaginant d'adossement.

Notons la nécessité d'ouvrir assez largement le rectum car l'anastomose a tendance à la sténose.

3°) *Traitement du bout supérieur.*

QUINTO-VIGNOLO a anastomosé le bout supérieur de l'anse iléale au segment colique supérieur par implanta-

tion. STONE, PAUCHET ont fait une anastomose latérale. FENWICK, DIMITRU, exécutant résection et plastie dans le même temps, firent de même au-dessus de la colostomie.

Dans les observations plus récentes, les opérateurs ont agi plus prudemment. Ils fermèrent le bout supérieur du grêle en bourse, le mettant à la peau au contact de la colostomie terminale existante pour ne l'ouvrir qu'ultérieurement. QUENU fit ensuite une cure intra-abdominale de cet anus. PICOT et OCKINCZYK préférèrent l'entérotome et la fermeture extra-péritonéale.

4°) *Suture des mésos. Péritonisation.*

Il faut oblitérer la brèche mésentérique répondant à l'anastomose iléale. Il faut fixer si possible les deux bords en tout cas sûrement l'un des bords du méso de l'anse greffée au péritoine pariétal postérieur.

QUENU a pu péritonisé les côtés du rectum en se servant des ligaments larges.

5°) *Drainage.*

Le drainage nous semble indispensable car une désunion partielle est toujours à craindre. Nous la notons sous forme d'une fistule stercorale dans l'observation de PAUCHET.

Quelques chirurgiens ont mis un drain cigarette au contact de l'anastomose rectale. QUENU en a mis deux dans les gouttières latéro-rectales. Quelques-uns ont mis un Mickulicz abdominal. DIMITRIU a drainé par une mèche vaginale. PICOT a utilisé simultanément la mèche vaginale et le Mickulicz abdominal.

c) *Suites opératoires.*

Il faut insister sur la tendance sténosante de l'anastomose iléo-rectale. Déjà notée par QUINTO VIGNOLO, elle obligea Jean QUENU à une réintervention avec nouvelle

anastomose. Elle ne fut évitée par PICOT que grâce à des dilatations systématiques. Enfin, une des malades d'OKINCZYC a gardé un transit difficile malgré des dilatations. Il fallut longtemps maintenir une petite fistule cœcale pour l'évacuation des gaz. Elle s'est fermée spontanément mais la malade doit toujours faciliter par des laxatifs l'évacuation de son intestin.

OBSERVATIONS

(Résumées)

Obs. I. — QUINTO VIGNOLO (Pise) 1910.

Homme 54 ans. — Cancer recto-sigmoïdien. — Typhlostomie.

Réséction du rectum par voie abdomino-périnéale. — 4 mois après iléo-colo-rectoplastie. Anastomose latéro-latérale du bout iléal sup. avec le bout colique fixé à la peau. — Abaissement du bout inf. dans un très court moignon rectal. Temps périnéal: dépouillement de la muqueuse de l'ampoule. — Fixation au moignon rectal du bout iléal qui arrive presque à l'anus.

Suites: nécrose du bout inf. avec tendance au rétrécissement. — Dilatation. — Mort rapide par cancer du foie.

Obs. II. — FALTIN (Helsinki) 1910.

Gangrène par oblitération artérielle de tout le côlon gauche y compris l'angle splénique et l'S iliaque. Résection de tout le segment gangréné. Les deux bouts sont mis à la peau.

Deux mois après iléo-colo-rectoplastie.

Résultat parfait un an après.

Obs. III. — FENWICK (Londres) 1911.

Homme 51 ans. — Tumeur du côlon sigmoïde.

Colostomie iliaque (janvier 1911).

Colectomie et iléo-coloplastie dans le même temps (avril 1911).

Résection segmentaire purement sigmoïdienne. — Impossibilité d'amener les deux bouts au contact. — Greffe iléale de 12 cm. avec anastomose termino-terminale aux deux bouts par bouton de Murphy. Drain et mèches. — Trois ans après selles normales. — Fistulette punctiforme iliaque laissant parfois échapper un gaz mais ne créant aucune infirmité.

Obs. IV. — FINSTERER (Vienne).

Iléo-colo-rectoplastie secondaire avec guérison sur laquelle nous manquons de renseignements.

Obs. V. — MICHEDJA (Wilno) 1922.

Gangrène du côlon pelvien par volvulus. — Résection. — Bout inférieur très court. — Fixation du bout sup. à la peau. — 3 mois après iléo-colo-rectoplastie.

Guérison.

Obs. VI. — PAUCHET (Paris) 1927.

Homme 32 ans. — Colite amibienne polypéuse et ulcéreuse.

Résection du côlon descendant et de la moitié sup. de l'anse sigmoïde en fixant les deux bouts aux deux extrémités de la laparotomie médiane. 1 an après, iléo-coloplastie : anse grêle de 40 cm. implantée par termino-latérale en haut, suturée circulairement en bas au côlon avivé. Désunion partielle de la suture inf.

Un an après, fermeture extra-péritonéale de l'anus transverse. Guérison.

Obs. VII. — DIMITRIU (Bucarest) 1927.

Femme. — Rétrécissement inflammatoire du rectum.

Anus iliaque (juin 1927).

Résection recto-sigmoïdienne et iléo-colo-rectoplastie immédiate par voie combinée abdomino-périnéale. Implantation du bout coli-

que (en-dessous de l'anus iliaque) dans l'extrémité sup. de l'anse grêle isolée. Fermeture de l'autre extrémité de cette anse. C'est son milieu qu'on abaisse dans le canal anal dépouillé de sa muqueuse, qu'on ouvre et qu'on suture à l'anus. Drainage par le vagin.

Mort le troisième jour.

Obs. VIII. — STONE (Baltimore) 1928.

Femme 27 ans. — Vient avec anus iliaque gauche terminal après résection de l'anse sigmoïde au cours d'une opération pour salpingite gauche pratiquée par un autre chirurgien deux ans auparavant. Iléo-colo-rectoplastie. — Bout inf. de l'anse invaginé sur tube dans le rectum. Bout sup.: anastomose latéro-latérale — drain cigarette. Echec de fermeture de la colostomie.

Plus tard, la malade annonce cette fermeture comme étant « pratiquement complète ».

Obs. IX. — JEAN QUENU (Paris) 1932.

Femme 41 ans. — Occlusion. — Anus iliaque (mai 1931). — Gros cancer sigmoïdien bas. — Colectomie 25 cm. (août 1931) emportant l'anus artificiel. Bout sup. à la peau. — Iléo-colo-rectoplastie (17 mai 1932). — Iléo-rectostomie sur tube de caoutchouc après incision rectale sur le bec d'un clamp. Bout sup. à la peau au contact de la colostomie.

Raccordement iléo-colique (9 juin 1932) par suture intra-péritonéale — En août 1932, obstruction chronique — Fistule stercorale à la cicatrice latérale: rétrécissement de l'iléo-rectostomie. — Cathétérisme impossible. — Résection du rétrécissement (27 oct. 1932). — Anse iléale dilatée ressemble à du côlon. — Résection de la portion rétrécie. — Incision transversale large de l'ampoule rectale sur dilateur métallique de Hégar n° 30. — Anastomose par invagination sur tube. — 2 couronnes de sutures. — Péritonisation. — 2 drains cigarettes. — Tube fixé à la peau de la cuisse. — chute du tube le douzième jour. — Dilatation par bougies goudées sur le doigt. — Résultat excellent maintenu trois ans après.

Obs. X. — OKINCZYC (Paris) 1933.

Il s'agit d'une enfant qui, à l'âge de six ans, à la suite d'un lavement d'eau brûlante a éliminé en masse sa muqueuse recto-colique escharifiée.

Obstruction et trois mois après occlusion complète. — A. I. G. par Monsainjeon. — Trois ans après VEAU résèque un prolapsus et refait l'anus iliaque qui est alors terminal, le bout inf. complètement cicatriciel ne pouvant être amené à la peau.

En 1928, examen par OKINCZYC : il existe une petite ampoule rectale fermée. Il tente le 16 mai de réaliser un abaissement après mobilisation du côlon gauche. Le ventre ouvert, il voit que l'anus artificiel est amarré de court et que le clivage ne permettra pas l'abaissement.

En 1933, à 16 ans, nouvelle radio : aucun allongement du descendant qui arrive directement à l'anus artificiel. O. propose une iléo-colo-rectoplastie qui est acceptée.

Le 23 janvier 1934, intervention. Il n'y a plus trace de côlon pelvien. L'ampoule rectale dilatée par un tamponnement à la gaze est ouverte assez largement. On attire l'extrémité inf. fermée de l'anse iléale jusqu'à l'anus mais avec une certaine traction. On la fixera à la peau par quelques fils. Aucun point de suture n'est possible par l'abdomen pour unir rectum et anse iléale car l'ampoule est trop réduite. Mise du bout sup. à la peau près de la colostomie. Dans les semaines qui suivent, ascension du bout iléal inf. et tendance à la sténose de l'anastomose inf. Ne pouvant la dilater par en bas car elle est inaccessible au doigt, on la dilate par sonde de caoutchouc passée par le bout sup. et guidée par un fil introduit par la colostomie et conduit à l'anus par le péristaltisme. On fait ensuite une rectotomie interne. Puis mise d'un entérotome et fermeture extra-péritonéale de l'anus iléo-colique gauche le 9 mai. Petite fistule qui se ferme seule en septembre.

Guérison complète.

Obs. XI. — OKINCZYC (Paris) 1935.

Femme 45 ans.

4 décembre 1934. Vient pour occlusion. — Antécédents: crises coliques. — Anus cœcal. — Radio montre sténose recto-sigmoïdienne.

21 janvier 1935: Laparatomie. Aspect néoplasique squirrheux. — Résection étendue de toute l'anse sigmoïde avec hystérectomie totale pour faciliter les manœuvres basses.

Ex. de la pièce: la muqueuse est intacte.

Ex. histo.: tumeur inflammatoire péridiverticulaire. Etant donné sa nature bénigne O. propose une iléo-coloplastie qui est acceptée.

11 octobre 1935. Coeliotomie. Des anses grêles se sont engagées entre paroi et côlon terminal ouvert à la peau. Pour éviter cela O. le fixe à la paroi après réduction des anses. A 40 cm. de l'angle iléo-cœcal prélèvement d'une anse grêle de 30 cm. Difficulté très grande à découvrir la vessie et à la refouler en avant pour inciser le rectum. Invagination du bout inf. Le bout sup. est mis à la peau au contact du côlon terminal auquel on l'accrole en canon de fusil par quelques points. Quelques points la fixent à la peau. L'anse invaginée est fixée à la marge de l'anus. Suites bonnes malgré tendance à la sténose au niveau de l'invagination.

6 janv. 1936. Sous rachi dégagement, avivement, suture en deux plans du côlon à l'anse exclue.

Quelques troubles occlusifs oblige à fistuler à nouveau le cœcum. Il s'établit une fistule spontanée au niveau de la suture iléo-colique. O. dut réintervenir pour élargir le calibre de cette anastomose sténosée. Il dut dilater la jonction iléo-rectale. Malgré cela il fallut pendant un temps assez long maintenir sur le cœcum une petite fistule pour faciliter l'évacuation des gaz. La situation s'est améliorée. On a pu laisser la fistule se fermer spontanément, mais la malade doit veiller à son régime et faciliter par des laxatifs l'évacuation de son intestin.

Obs. XII. — SUSSMANN (Hermannstadt) 1937.

Femme, 30 ans.

Au cours d'un curettage large perforation de l'utérus, arrachement du sigmoïde et du rectum avec plusieurs perforations.

Hystérectomie et résection de l'intestin blessé. Neuf mois après iléo-colo-rectoplastie avec invagination du bout inf. du transplant dans le rectum.

Bon résultat.

Obs. XIII. — SUSSMANN (Hermannstadt) 1937.

Femme, 42 ans.

Tumeur maligne de la trompe et du sigmoïde.

Mai 1936. Hystérectomie totale et résection d'une grande partie du sigmoïde et du rectum. Ne pouvant rapprocher les deux bouts: anus artificiel et fermeture du bout rectal. On attend un an dans la crainte d'une récurrence. En 1937: iléo-colo-rectoplastie avec suture bout à bout difficile pour l'anastomose inf. Anastomose sup. latéro-latérale. Après quatre semaines on ferme l'anus artificiel.

Bon résultat.

Obs. XIV. — NORDMANN (Berlin) 1937.

Large résection colique pour sigmoïdite. Iléo-colo-plastie ultérieure. — Guérison.

Obs. XV. — PICOT (Paris) 1939.

Femme 43 ans opérée le 1^{er} juillet 1938 pour perforation colique que l'on croit diverticulaire. Pour extérioriser le colon pelvien perforé, on doit sectionner son méso. Drain dans le Douglas et Mickulicz. Résection de l'anse extériorisée laissant les extrémités distantes et ouvertes sur la ligne médiane.

Le 13 octobre on réintervient pour réunir les deux bouts coliques. On découvre un cancer du haut rectum. Opération de Hartmann en transférant l'anus à gauche. Mickulicz.

Le 23 février 1939, réintervention: Epiploon adhérent. — Bassin encombré d'anses grêles agglutinées que l'on réduit difficilement dans la grande cavité. Ouverture accidentelle de la vessie refermée en deux plans. — L'utérus fixé par salpingite ancienne oblige à hystérectomie totale pour avoir du jour. Le rectum est très difficilement reconnu malgré une pince introduite par l'anus. Il est incisé longitudinalement. On prélève alors une anse grêle de 50 cm. (longueur nécessaire pour couper des deux côtés au milieu d'une arcade vasculaire). invagination sur tube du bout inf. dans le rectum. La traction pour essayer de l'amener à l'anus compromet la vascularisation. On laisse remonter un peu. Deux couronnes de points au catgut. Bout sup. fermé mis à la peau près de la colostomie. — On draine par le vagin et par Mickulicz abdominal. Le tube est fixé à la peau péri-anale. Opération longue. — transfusion.

Ouverture du bout iléal le 30^e jour. — Entérotomie le 35^e jour.

Cure extra-péritonéale de l'anus iléo-colique le 22 avril.

Dilatation de l'anastome iléo-rectale par drain n° 45.

Guérison.

Obs.... — Most (Breslau) 1938.

Bien qu'hors de notre sujet nous voulons évoquer ici une curieuse observation de Most qui fit une iléo-colo-plastie transverso rectale préalable avant l'ablation d'un côlon gauche atteint de lésion inflammatoire sténosante.

RESULTATS

Si nous enlevons les deux iléo-colo-plasties primitives pour ne conserver que les opérations secondaires, nous trouvons 13 observations sans une mort avec partout de bons résultats fonctionnels sauf un résultat médiocre.

CONCLUSIONS

Cette opération ne doit donc plus être considérée comme une acrobatie chirurgicale mais comme une opération bien réglée qui, correctement exécutée, doit donner d'excellents résultats.

Néanmoins, c'est une opération longue qui nécessite plusieurs sutures intestinales dans le même temps opératoire et qui, si l'on veut jouer la sécurité, laisse encore un anus iléo-colique dont on doit faire la cure ultérieure.

En somme, opération donnant de bons résultats mais longue, complexe, nécessitant plusieurs temps.

C'est pourquoi nous pensons que le procédé suivant, utilisant le transverse, est plus intéressant lorsqu'il est possible.

B. — L'UTILISATION DU TRANSVERSE

HISTORIQUE

Nous avons vu que si l'abaissement du transverse à l'anneau anal fut déjà pratiqué deux fois par KUMMEL, en 1899, que si l'anastomose transverso-rectale laissant le côlon descendant en exclusion fut déjà réalisée par de QUERVAIN, en 1903, notre observation est la première réalisée ainsi de parti pris.

CONDITIONS

Des conditions anatomiques spéciales sont nécessaires pour que ce procédé soit réalisable. Elles concernent le côlon transverse qui doit avoir :

- une longueur suffisante.
- une vascularisation favorable.

1°) *une longueur suffisante.*

Dans la thèse de DUVAL, nous lisons le passage suivant: « Nous n'avons jamais pu reproduire l'abaissement du côlon transverse jusqu'à l'anus comme KUMMEL l'a pratiquée deux fois. Nous croyons que KUMMEL s'est trouvé dans ces deux cas en face de ptose colique telle que le côlon transverse était devenu pelvien. Avec un côlon sus-ombilical, nous pouvons affirmer qu'il est impossible de le suturer à l'anus ». Nous ne pouvons souscrire à cette opinion. Certes, un côlon transverse tendu, sus-ombilical est insuffisant. Il faut un transverse en guirlande. Mais il n'est pas nécessaire qu'il soit pelvien. D'après l'étude de

17 cadavres il nous a semblé qu'il fallait en gros que le côlon transverse descende nettement à la hauteur des épines iliaques antérieures pour être abaissable au rectum. Il ne s'agit pas là de ptoses exceptionnelles. C'est même plutôt une disposition fréquente. Nous la notons douze fois sur nos dix-sept sujets, qui comportaient pourtant quinze hommes et seulement deux femmes dont une avait du reste un transverse court. Or, on s'accorde à dire que cette disposition du côlon en guirlande est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Un lavement baryté donné par l'anus artificiel renseignera aisément sur ce point. Quant à la possibilité d'abaissement jusqu'à l'anus, nous pûmes facilement le réaliser et même faire sortir nettement le transverse par l'anus chez neuf de nos sujets.

2°) *Une vascularisation favorable.*

Le côlon transverse est bien vascularisé malgré son unique et longue arcade artérielle. KUMMEL avait déjà noté ce fait et il opposait le peu de risques que court le transverse lorsque l'on tord ou coupe son méso à la fragilité du sigmoïde dans un cas analogue. Il l'attribuait au fait que l'arcade artérielle est près du côlon. Cette bonne vascularisation du transverse a été maintes fois affirmée depuis. Nous y reviendrons. Mais pour que cette bonne vascularisation soit favorable à l'abaissement, certaines conditions sont requises.

a) Il ne faut pas qu'il existe d'artère colica media accessoria. Cette artère colique accessoire est inconstante mais elle est souvent presque aussi grosse que la colica media. Elle naît de la face antérieure de la mésentérique supérieure un peu au-dessus de la colique supérieure droite. Elle chemine directement en haut. Elle se divise en fourche et s'incorpore à l'arcade qui forme ainsi deux festons. Mais dans certains cas, elle se jette en T sur

l'arcade de Riolan. C'est danc ces cas que l'on pourrait la couper et la lier si elle est grêle. Parfois, elle se porte à gauche et peut n'atteindre l'arcade qu'à l'union du tiers gauche et des deux tiers droit. On l'a vu une fois atteindre l'angle gauche. Il s'agit là d'une disposition favorable, d'autant que le plus souvent dans ce cas, elle est grosse. En effet, selon HOVELACQUE cette disposition coexiste en règle avec une artère colica media dédoublée et dont la gauche est très grêle. Notons qu'exceptionnellement cette artère colica media accessoria peut naître de la mésentérique inférieure. Nous avons rencontré une fois cette disposition déjà signalée par WALDEYER et par SELDOWITSCH.

En résumé, nous dirons que l'existence d'une colica media accessoria est une disposition défavorable pour l'abaissement. Ce n'est que dans les rares cas d'une colique accessoire grêle et abouchée en T dans l'arcade de Riolan que l'on pourrait la sectionner et abaisser quand-même. Heureusement, l'existence de cette artère est une chose rare puisque, selon HOVELACQUE elle n'existe que dans un quart des cas. (Sur 108 sujets in « Les Artères Mésentériques. — Sur 17 cadavres nous ne l'avons rencontrée que trois fois).

b) Il faut que la colica media ait une disposition favorable. Cette artère ou artère colique supérieure droite naît de la face antérieure du tronc de la mésentérique supérieure, presque constamment sur la face antérieure de la troisième portion du duodénum plus près du bord supérieure. De trajet, de longueur et d'obliquité essentiellement variables, elle monte à droite vers le mésocolon transverse. Parfois presque verticale en avant du tronc de l'artère mésentérique supérieure. Elle soulève le péritoine pariétal postérieur avant de s'engager dans le mésocolon transverse. Pour son trajet dans le mésocolon transverse et son mode de division HOVELACQUE en décrit

sept variétés. Nous n'en décrivons rapidement que les deux premières qui constituent la très grande majorité des cas.

Première variété — la plus simple et la plus fréquente.

L'artère oblique en haut et à droite, s'engage dans le mésocolon et chemine entre ses deux feuillets. A un centimètre du bord intestinal elle se divise en deux branches égales. Cette division a lieu en un point variable mais qui répond toujours au colon transverse mobile à une certaine distance de l'angle droit. (En appelant angle droit tout le segment fixe qui vient toucher le deuxième Duod. ou même s'appliquer sur sa face ant.). Il faut insister sur ce fait: l'artère colique supérieure droite n'est pas l'artère de l'angle droit.

La branche droite va s'anastomoser avec la branche ascendante de l'artère sous-jacente: colique moyenne ou iléo-colique. C'est une anastomose faible (GOSSET et CHARRIER FRANTZ).

La branche gauche va s'anastomoser avec la branche droite de l'artère colique supérieure gauche à plein canal en un point impossible à déterminer constituant ainsi l'arcade de Riolan sur laquelle on voit parfois disséminées ou groupées des arcades de deuxième ordre.

La distance entre l'arcade et le bord mésentérique est très variable, elle oscille entre 0 cm. 5 et 1 cm. 5. Elle est variable aussi avec l'état de distension du colon.

Deuxième variété — encore très fréquente.

Elle est caractérisée par une division beaucoup plus précoce après un trajet très court dans le mésocolon transverse.

La branche droite rejoint l'intestin à l'union de la partie mobile et de la partie accolée. La branche gauche atteint le colon mobile à 7 à 10 cm. de son origine. Il existe une arcade en pont entre les deux branches.

Ces deux variétés qui représentent la grande majorité des cas sont donc favorables à un abaissement puisque la branche gauche n'est pas trop à gauche. Toute la partie gauche du mésocolon est donc libre de vaisseaux. Il n'y aura pas d'artère pour faire corde et gêner l'abaissement.

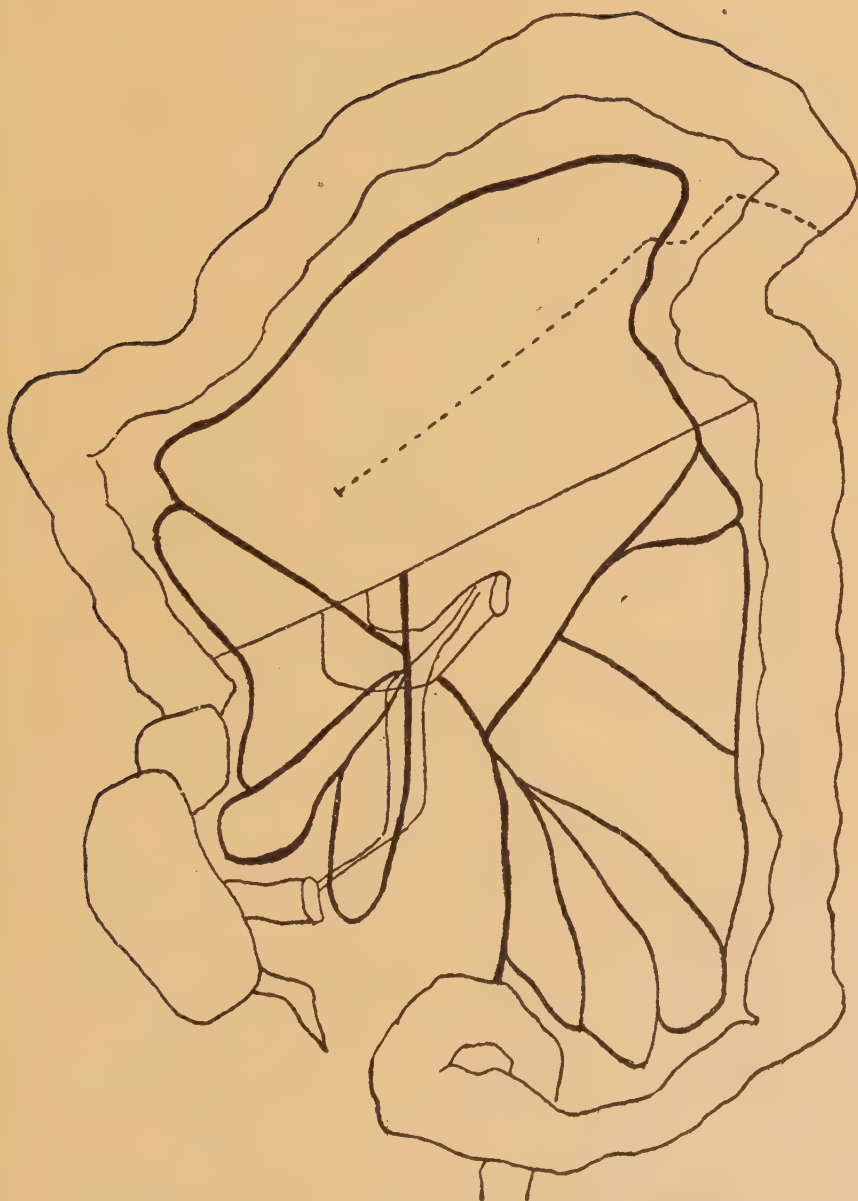
Quant aux cinq autres variétés de moins en moins fréquentes, elles sont toutes, sauf une, défavorables à l'abaissement, car elles comportent une branche gauche, ou une ramification importante trop à gauche. Il faut noter que c'est dans ces variétés surtout que l'on trouve une artère colica media accessoria. Parmi ces dispositions défavorables, il en est une sur laquelle nous voulons insister un peu car nous l'avons rencontré sur un sujet, or, elle n'apparaît pas d'emblée. On trouve un méso avasculaire, mais au moment de choisir le point de section du transverse, on s'aperçoit qu'on ne peut pas le couper très à gauche. En effet, il existe là, dans l'angle gauche des arcades de deuxième et troisième ordres qui s'étendent plus ou moins vers la droite. Elles dépendent de l'artère de l'angle gauche (branche de la mésentérique inférieure) située dans ce cas là dans une situation plus haute que sa situation habituelle. Notons qu'il peut exister dans les fourches artérielles des arcades veineuses de deuxième ordre sans artère.

Pour résumer cette courte note anatomique, nous citerons les deux phrases de conclusion d'HOVELACQUE:

« La colica media dans sa variété simple la plus fréquente, occupe par son tronc la partie droite du mésocolon transverse et l'arcade marginale est plus proche du bord intestinal puisque toute l'étendue du méso est libre d'artères ».

C'est pour nous le cas favorable.

CAS FAVORABLE



Côlon en guirlande. — Pas de branche artérielle dans l'aire du
mésocôlon. — En pointillé: la ligne de section du côlon et du méso-
côlon.

« Au contraire, lorsque la colica media se divise bas, de nombreuses artères se trouvent dans l'aire du méso, dans le tiers droit ce sont les arcades de deuxième ordre en nombre plus ou moins grand, dans le tiers moyen, c'est la branche gauche de la colique supérieure, l'arcade de Riolan qui oblique en haut et à gauche est loin de l'intestin. La présence d'artère accessoire peut venir compliquer encore la disposition vasculaire ».

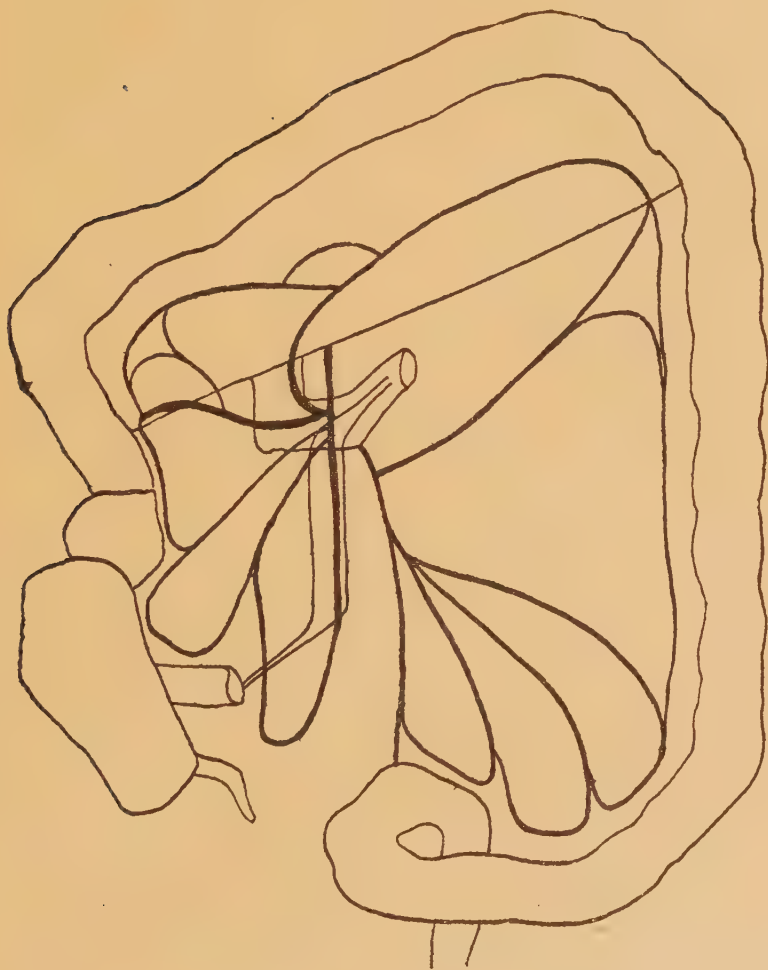
C'est pour nous le cas défavorable.

La question essentielle est donc celle de leur fréquence réciproque. HOVELACQUE, sans donner de chiffres, considère le premier type comme de beaucoup le plus fréquent. Sur dix-sept cadavres, en essayant l'abaissement nous l'avons trouvé possible dix fois, impossible six fois et douteux une fois car il existait une traction des vaisseaux. De toute façon, il semble possible dans presque les deux tiers des cas. Une fois, il fut rendu impossible non pas à cause des artères droites, mais à cause d'une artère de l'angle gauche située anormalement au quart du mésocolon. Une fois l'abaissement fut possible bien que des arcades de deuxième ordre situées à l'angle gauche aient empêché de couper le transverse très à gauche. Une fois l'abaissement ne fut possible qu'après section de la branche gauche de l'artère colique moyenne, mais dans ce cas il existait une double arcade de Riolan, ce qui justifiait cette section. Une autre fois, il fallut couper une colique accessoire vraiment très grêle. Le cas douteux provenait d'une arcade de Riolan trop éloignée du transverse qui formait corde et gênait le déroulement de l'arc colique.

— Comment apprécier opératoirement la vascularisation ?

C'est l'examen par transparence du méso relevé qui

CAS DEFAVORABLE



Côlon tendu. — Une branche artérielle assez volumineuse et courte traverse le mésocolon. L'arcade est loin de l'intestin.

permettra d'en juger. Cet examen sera facile en cas de méso mince, difficile en cas de méso épais. On pourra alors s'aider de la transillumination grâce à une petite lampe glissée au-dessous. Mais il faut noter que cette difficulté se présentera rarement car les mésos épais, gras sont habituellement des mésos courts pour lesquels on n'envisagera pas d'abaissement. Notons enfin que le plus souvent les mésos longs et minces sont aussi les mésos avasculaires qui nous sont favorables. Nous avons cité tout de même deux ou trois exceptions à cette règle: des transverses longs avaient des dispositions vasculaires plutôt gênantes mais qui n'ont cependant pas empêché l'abaissement.

Un élément peut troubler l'appréciation: c'est l'élément veineux. HOVELACQUE dit: « Des veines parfois filiformes mais souvent au contraire assez grosses se détachent de l'arcade de Riolan et descendent dans le méso-colon transverse pour se jeter isolées ou réunies dans la veine colique supérieure gauche soit dans l'épaisseur du mésocolon, soit au-dessous de sa racine. Il peut exister deux ou trois de ces veines. Il en existe toujours au moins une ». Lors de la présence d'artère colique accessoire il y a une veine qui l'accompagne. Donc lorsque l'on voit une veine y a-t-il ou non une artère colique accessoire ? Un peu d'attention tranchera le problème en cas de méso mince. Une hésitation ne persistera qu'en cas de vaisseaux très grêles. Dans ce cas, la section, même d'une artère, ne semble pas avoir d'importance. En cas de méso gras, épais, si une dénudation à la sonde canelée ne renseigne pas suffisamment, on peut faire l'essai de section à condition d'être bien certain de ne pas interrompre l'arcade de Riolan elle-même par ce geste. Il faut voir sa continuité. Mais ceci assuré, on peut couper sans crainte. En cas de jet artériel important, il faut lier et renoncer à l'abaissement. Cette ligature ne compromettra

nullement la vascularisation du transverse assurée par une arcade de Riolan irriguée par ses deux bouts. Mais la vascularisation d'un bout colique assurée seulement par le côté droit de l'arcade privée d'un affluent important deviendrait précaire. Il faut renoncer. Nous retrouverons plus tard cet artifice dans la technique de la section du transverse.

TECHNIQUE

Soins pré-opératoires.

Ce sont ceux que nous avons déjà vus pour les autres méthodes. Rappelons la nécessité d'un nettoyage du bout rectal sous contrôle de la vue à l'anuscopie pour éviter d'y laisser un coprolithe.

Dérivation.

La dérivation préalable semble inutile puisque l'invagination réalisera un véritable anus de décharge trans-anal.

Néanmoins, si on n'a pu faire qu'une invagination courte, il y a peut-être intérêt à terminer par une fistulation de décharge soit cœcale, soit iléale à la Witzel.

Anesthésie.

Nous employons habituellement pour la chirurgie recto-colique l'anesthésie générale au protoxyde d'azote précédée d'une anesthésie de base au Nembutal. La rachianesthésie peut parfaitement convenir.

Incision.

Malade en position de Trendelenbourg. Opérateur à gauche. — Laparotomie médiane sous-ombilicale prolongée au besoin au-dessus de l'ombilic. D'abord écarteur au-

tostatique de Gosset, puis valve sus-pubienne pour l'invagination.

Repérage du rectum.

On peut se contenter d'une pince poussée dans le rectum. C'est la technique qui fut employé dans notre cas. Elle est simple, elle fut suffisante, mais nous avons vu que d'autres opérateurs (QUENU, PICOT) furent gênés soit qu'ils aient eu du mal à trouver le rectum soit qu'ils n'aient pas incisé assez franchement. Il semble donc préférable d'utiliser un des deux artifices suivants : soit le tamponnement à la gaze préconisé par OKINCZYC, soit plutôt le gros dilateur n° 30 de Hégar, préconisé par QUENU qui donne un plan plus résistant. Ainsi, le dôme rectal fait une large saillie facile à voir et facile à inciser.

Examen du côlon.

— Examen de sa longueur.

Il faut essayer de l'attirer dans le pelvis, d'apprécier ainsi si l'on pourra invaginer.

— Examen de sa vascularisation.

En s'aidant au besoin d'un petit écarteur éclairant glissé sous le méso. On a vu qu'il fallait en somme un méso avasculaire dans ses deux tiers gauches ou traversé seulement par une grêle artériole se jetant en T dans l'arcade de Riolan. On a vu comment il fallait la couper avant de la lier pour mieux apprécier son importance.

Choix du point de section.

Comme il y a intérêt à invaginer le plus possible, il faudra couper le plus à gauche possible. On choisira donc un point situé à quelques centimètres de la partie accolée de l'angle gauche pour pouvoir néanmoins fermer sans

difficulté le bout colique qui reste en place. Il faudra tout de même bien regarder les vaisseaux car parfois des arcades de deuxième ordre risquent de former corde à ce niveau et leur section serait peut-être compromettante pour la vitalité du bout colique. Cette disposition rare d'ailleurs (1 fois sur 17 sujets) peut amener à couper moins à gauche.

Libération du grand épiploon.

Souvent le grand épiploon ne nous a pas semblé très gênant et une simple section plus ou moins étendue du ligament gastro-colique en partant de la gauche suffit à libérer le côlon transverse. On peut aussi faire un décollement colo-épiploïque. Au besoin une résection plus ou moins large du grand épiploon permettrait de s'en débarrasser.

Section du mésocolon transverse.

Elle se fera progressivement. Elle siègera à gauche plus près de l'angle gauche que de la ligne médiane. Elle ménagera plus d'étoffe en amont qu'en aval. Il faut en effet attacher une importance extrême à conserver une très bonne vascularisation au côlon que l'on abaisse d'autant plus que le changement d'orientation de l'intestin accompagné d'un certain degré de torsion du méso lors de l'abaissement ne peut que diminuer cette vascularisation. Pour ménager cette irrigation, on fera une coupe du méso trop à gauche et on fera un cran empiétant sur le côté aval du côlon. Au besoin, on fera une recoupe du bout aval.

Essai de section artérielle.

On peut se demander si ce côlon coupé très à gauche et qui est nourri par une arcade recevant normale-

ment du sang des deux côtés sera encore assez bien irrigué lorsque l'arcade sectionnée très à gauche ne recevra plus que le sang venant de la lointaine extrémité droite. Il semble que oui. Nous avons vu que KUMMEL affirmait déjà ce fait. Néanmoins, par prudence, dans les cas où l'arcade paraît grêle, dans les cas où l'on serait amené à couper près d'une arcade de deuxième ordre de l'angle gauche ou près d'une branche de l'artère de l'angle gauche, il vaut mieux faire l'essai de section que nous a enseigné notre maître d'ALLAINES. On coupera donc l'arcade de Riolan sans la pincer et l'on appréciera la force comparée des jets artériels venant de chaque bout. Si les deux jets sont égaux, à plus forte raison si le jet de droite est prédominant on peut sectionner le côlon en toute sécurité. Mais si le jet de gauche était le jet nettement prédominant, il serait sage de lier et de renoncer à l'opération. Cette section artérielle simple ne peut avoir aucun effet fâcheux. HOVELACQUE insiste sur l'existence d'un riche plexus anastomotique dans les tuniques. MEILLERE a montré que l'on peut exclure l'arcade juxta-colique sur 5 centimètres, ou désinsérer le méso sur cette longueur sans troubler la vascularisation. Il existe d'ailleurs dans la littérature plusieurs exemples de courte désinsertion traumatique du côlon transverse qui n'entraînent aucun trouble ischémique.

Section de l'intestin.

Après vidage par expression entre les doigts, on clamera très à distance pour bien juger de la vascularisation. Il faut que la tranche colique saigne nettement. Cependant, on sera moins exigeant en cas de côlon très lâche pour les derniers centimètres d'une invagination très longue dépassant largement l'anus, et qui sont toujours voués à la nécrose.

Fermeture du bout aval.

On la fera après recoupe de plusieurs centimètres au besoin s'il semble mal vascularisé. Fermeture banale en trois plans au fil de lin.

Ouverture du rectum.

Après protection temporaire du bout colique par des compresses, on ouvrira le rectum. L'incision doit être nette, franche, assez large. On sait qu'une des complications des intubations d'une façon générale est la sténose au niveau du collet de l'invagination. Il faut donc se garder de faire ce collet trop étroit. Pour avoir cette incision nette et suffisante la pince est un mauvais guide. Le tamponnement étale mieux le rectum mais n'offre pas un bon plan résistant au bistouri qui incise. Le gros conducteur métallique semble préférable. Certains ont incisé longitudinalement le bout rectal dans des invaginations secondaires, iléales notamment. Dans ce cas, les lèvres se rapprochent dans l'intervalle des passages de matières ce qui ne constitue pas un inconvénient. Mais on perd de la hauteur sur le bout rectal. C'est l'emploi de la pince qui pousse à cette incision longitudinale facile entre les deux mors écartés, alors que l'on manque de plan résistant pour inciser transversalement. L'incision transversale ne perd pas de longueur, est plus facile à suturer au côlon abaissé; elle nous semble préférable. Dans certains cas exceptionnels il est possible que l'on soit amené à inciser d'abord le péritoine puis à le décoller pour trouver l'ampoule rectale. Pour ce temps opératoire et pour les suivants, on peut être gêné par l'utérus chez la femme, la vessie chez l'homme. On les fera récliner par une longue valve vaginale tenue par une deuxième aide. On peut aussi passer un catgut dans le fond utérin ou sous les cornes utérines et l'engager sous la valve sus-pubienne.

Invagination proprement dite.

Si le transverse est très long, on fermera en bourse son extrémité. Une pince introduite dans le rectum et ouverte viendra, guidée par l'opérateur, saisir les fils d'enfouissement. La pince rectale tirée doucement au dehors engagera le côlon dans le rectum. On guidera par le ventre, la descente du côlon pendant qu'un aide continue une traction douce et contrôlée. Il y a intérêt à soutenir le segment rectal par des pinces de Chaput placées au préalable. On fera sortir cette invagination par l'anus de quelques centimètres.

Si le transverse est plus court, et que l'on ait peur de ne pas pouvoir franchir l'anus, il faut faire l'invagination sur tube de caoutchouc. On fixera donc l'extrémité colique sur un gros tube de caoutchouc par quelques points de catgut. Il y a intérêt à faire cette fixation d'une façon assez précise. En effet, c'est le tube qui jouera le rôle d'anus de décharge trans-anal. Il est donc préférable de réduire au minimum la filtration des matières entre ce drain et le transverse car elles viendront souiller l'ampoule rectale. BASTIANELLI conseille dans ces invaginations courtes de placer deux longs fils de soie solide de chaque côté du côlon prenant également le tube et qui, fixés à la peau péri-anale, s'opposeront à la remontée de l'invagination. Cette fixation à distance nous semble un artifice à retenir.

Suture colo-rectale.

Ce sera une suture inversante. On la réalisera à l'aiguille courbe enfilée maniée au porte-aiguille, ou à l'aiguille de Réverdin courbe et fine à long manche. Il faut arriver à invaginer un peu la tranche rectale pour réaliser un adossement séro-séreux. On réalisera si possible cet adossement par un surjet mené d'abord sur la face an-

térieure de l'ampoule de gauche à droite. Puis par traction sur un des fils (de départ ou d'arrivée) on exposera latéralement une moitié de la face postérieure et l'on mènera ainsi un demi-surjet postérieur. A ce moment on passera sous le côlon le fil d'arrêt de ce dernier surjet. Cette manœuvre combinée à la traction sur l'autre extrémité du surjet antérieur, permettra d'exposer par retournement l'autre moitié de la face postérieure. On pourra ainsi du côté opposé terminer la suture postérieure. Si le surjet est d'exécution trop difficile, on peut se contenter de points séparés assez rapprochés. Il est bon, après cette première couronne de sutures, de faire augmenter légèrement l'invagination par traction douce et contrôlée sur le tube pour pouvoir placer un deuxième plan de sutures. Ces sutures seront faites au fil de lin.

Que devient l'intestin grêle ?

Le côlon transverse au cours de sa descente bascule vers la droite, s'applique près du côlon ascendant; la masse intestinale est donc refoulée à gauche. Deux fois cependant, sur le cadavre, nous avons trouvé un côlon très long qui pouvait garder son trajet en cadre et laisser la masse intestinale à sa droite. C'était la disposition obtenue par DE QUERVAIN après son opération. Ceci est tout de même un fait exceptionnel. Habituellement, on verra le côlon transverse s'appliquer contre le côlon ascendant et la masse intestinale ira se placer à gauche du côlon abaissé. La dernière anse iléale passera donc sous le méso-côlon pour se rendre à l'angle iléo-cœcal.

Faut-il fixer ?

Notre maître d'ALLAINES ne l'a pas fait, et les suites opératoires furent sans incident. Néanmoins, d'après sa propre communication « il n'était pas sans appréhension sur le danger que pouvait constituer cette corde colique

tendue en long dans la cavité abdominale avec l'arc de son méso ». Rappelons-nous qu'au cours d'une invagination sigmoïdo-rectale secondaire, SCHWARTZ a perdu son opérée d'occlusion aiguë du grêle dans les jours suivants. Des anses grêles comme le montra l'autopsie, étaient passées entre la corde colique et la paroi abdominale postérieure. Nous rapporterons également ici l'observation de DE QUERVAIN qui nous semble la première observation concernant une véritable anastomose transverso-rectale. Nous y verrons que DE QUERVAIN du réopérer sa malade quatre mois après pour occlusion due au passage des anses grêles sous la corde du méso-côlon.

Obs. DE QUERVAIN (Berne) 1903. (Résumée.)

Femme 52 ans. — Entre à l'hôpital de La Chaux-de-Fonds le 27 juin 1901 pour hernie ing. gauche et prolapsus utérin. Rien d'anormal à l'examen.

29 juin: éther. — Cure radicale de la hernie. — Ligamentopexie utérine à la Doléris. — Fermeture abdomen. — Colporaphie antérieure. — Myoraphie postérieure. — Là on sent à bout de doigt une tumeur. — de Qu. rouvre la plaie abdominale et trouve un cancer stricturant du pelvien peu volumineux mais ayant envahi le mésentère. Résection avec le méso. De Q. constate que l'S iliaque est trop court pour être abouché au rectum. Se rappelant les deux cas de KUMMEL, de Q. pense à aboucher le transverse au rectum; mais étant donnée la longueur de l'opération greffée sur une hernie et un prolapsus, il décide de laisser en exclusion unilatérale le restant du côlon. Section du transverse entre deux ligatures, près de l'angle gauche. Son mésentère et le ligament gastro-colique sont incisés sur une longueur convenable. Puis le transverse est amené dans le petit bassin. Quant au côlon descendant et au restant de l'iliaque, leur extrémité inférieure est fermée en bourse, l'extrémité supérieure mise à la peau sur la plaie médiane comme fistule muqueuse. Le rectum est décollé du sacrum. Sonde

œsophagienne dans l'anus. On y attache le côlon transverse toujours fermé par une ligature puis l'extrémité supérieur du rectum. On sort les deux bouts à travers l'anus créant ainsi une invagination artificielle. Mickulicz dans le Douglas. Reste de la plaie abdominale fermée en deux plans. On termine en suturant rectum et transverse au devant de l'anus à points séparés, et on fixe ces deux tubes intestinaux à la peau par quelques points. On introduit une sonde rectale de gros calibre dans le transverse. Dès le jour de l'opération, selle liquide par l'anus.

5 juillet: le bourrelet de suture intestinale faite au-devant de l'anus s'est retiré dans le rectum. On trouve dans les selles un segment d'intestin nécrosé de 5 centimètres environ. (rectum ou transverse ?)

10 juillet: écoulement de contenu intestinal par la plaie depuis le fond du Douglas. Les matières continuent pourtant à passer par l'anus.

30 juillet: fistule stercorale fermée. — T. R.: museau de tanche. Dilatation au dilatateur de Rischoff, guidé par un doigt.

30 août: sort de l'hôpital. — Ex. histo: adénome malin à cell. cylindriques.

15 septembre: nouvelle dilatation.

16 octobre vient pour subocclusion. — Rétrécissement ne semble pas en cause.

21 octobre on se décide à intervenir : éther. — Médiante. — La presque totalité de l'intestin grêle situé à la fin de la première intervention à droite du transverse s'était glissée sous le méso-côlon transverse malheureusement non suturé à la paroi postérieure et s'était placée à gauche et en partie derrière le segment en exclusion. On pratique l'exérèse de l'anse colique exclue. On libère les deux anses grêles adhérentes au Douglas. On incise ensuite jusqu'à disparition de cette tension sans trop se rapprocher de l'arcade. Deux mèches dans le Douglas, une à droite, une à gauche.

Suites: réouverture de l'ancienne fistule stercorale. — Se ferme en trois semaines. — Dilatation rectale aux bougies de Hégar tous les deux jours.

Il faut donc fixer.

On peut fixer le côlon à la paroi abdominale antérieure. Mais on n'évitera pas ainsi que des anses se glissent entre méso-côlon et paroi postérieure. Evitera-t-on qu'elles s'y étranglent ? Rien n'est moins sûr, car la fixation du côlon à la paroi antérieure ne détendra pas suffisamment la corde du méso qui peut contracter des adhérences postérieures et coincer un jour une anse distendue. Il reste donc à fixer le côlon au péritoine pariétal postérieur. Ceci n'offre aucune difficulté si on a pu exceptionnellement garder à la masse intestinale sa position anatomique à droite du côlon qui descend. Si, au contraire, elle est passée à gauche, il faut bien que la dernière anse iléale se rende à l'angle iléo-cœcal. A ce niveau, il y aura donc intérêt à ne plus fixer le méso-côlon à la paroi postérieure car alors il y aurait forcément passage de la dernière anse sous le méso et ce passage pourrait un jour se rétrécir et devenir trop étroit. Au niveau de l'angle iléo-cœcal, on fixera donc le méso-côlon au côlon ascendant lui-même en remontant vers sa face antérieure; la fixation passera ainsi en avant de l'angle iléo-cœcal et laissera, par conséquent, tout le grêle entièrement à gauche du voile méso-colique.

Drainage.

Les observations d'opérations de Lockart-Mummery montrent assez fréquemment des fistules stercorales. Il semble donc que le drainage par mèche soit une précaution indispensable. Mais dans les intubations recto-coliques gauches secondaires, nous avons vu qu'en général les opérateurs n'ont pas drainé et que néanmoins les suites opératoires furent excellentes. En effet, dans ces rétablissements secondaires, on ne fait pas de décollement, il n'y a pas d'espace mort péri-rectal, le dôme rectal est péritonisé. Il en est de même pour l'anastomose transver-

so-réctale secondaire. On pourra donc se dispenser de drainer si l'invagination et la suture colo-rectale ont paru satisfaisantes. Cependant, par prudence, notre maître d'ALLAINES a préféré drainer par deux mèches dans la cavité pelvienne. On pourrait isoler ces mèches par une lame de caoutchouc ou utiliser de gros drains cigarettes en cellophane. Si, chose exceptionnelle, on a dû ouvrir le péritoine et le décoller pour aller chercher un dôme rectal sous-péritonéal, il faut mécher; on pourra essayer d'extrapéritoniser ces mèches par une péritonisation en cheminée ou mieux, utiliser un drainage inférieur soit par voie vaginale si la malade est hystérectomisée, soit par une petite incision périnéale spéciale.

Fermeture: habituelle.

Du côté du périnée.

On fixera le côlon à la peau de la marge de l'anus par quelques points si on a pu le descendre suffisamment. Son fil de fermeture en bourse sera fixé à la peau de la fesse. Peut-être y a-t-il intérêt à dilater quelque peu l'anus pour assurer un libre fonctionnement de cet anus de décharge transanal. On n'ouvrira le côlon que le lendemain de l'opération, on y glissera un gros tube fixé par un point.

Si le côlon trop court n'a pu être extériorisé par l'anus, on fixera de chaque côté à la peau de la fesse les deux fils de soie d'amarrage ou à leur défaut le tube de caoutchouc.

Ablation ultérieure du colon restant.

Même si le segment colique gauche restant est peu important, même si l'anus n'est plus qu'une petite fistule muqueuse, on ne peut pas se résigner à ne pas débarrasser entièrement le malade de son infirmité. Il faut

donc enlever ce segment colique dans un temps ultérieur, quelques mois après. C'est là un inconvénient de notre procédé. Mais cette ultime opération, compliquée sans doute par la présence de la colostomie ne présente aucune gravité puisqu'elle ne comporte aucune suture ni aucune ouverture intestinale. Elle se fera selon la technique habituelle.

OBSERVATION INEDITE

(D'ALLAINES)

Malade vue en mai 1937 avec l'histoire suivante, en 1935, à l'âge de trente-sept ans, elle fut opérée à Athènes pour une tumeur sténosante du côlon pelvien; dans un premier temps on établit un anus iliaque gauche haut situé, dans un second temps on résèque tout le côlon iléopelvien entre l'anus iliaque gauche et le rectum, celui-ci est sectionné au ras du Douglas (opération de Hartmann). Les suites furent difficiles avec température et suppuration qui ne guérit qu'au bout de quatre mois.

La pièce opératoire a montré avec certitude qu'il s'agissait d'un endométriome hétérotypique du côlon; l'absence de toute tumeur maligne est certaine. La malade et son entourage, sachant qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne, réclament à tout prix la suppression de l'anus artificiel. Dans ce but, avant notre examen, on a pratiqué une laparotomie exploratrice pour juger de la possibilité d'une opération réparatrice, mais la présence d'un certain degré d'ascite a fait conclure au rejet de toute tentative de restauration.

L'examen clinique et radiologique conduisent alors au bilan suivant:

Le côlon gauche se termine en bas par un anus artificiel qui occupe la partie supérieure de la fosse iliaque,

au-dessus le côlon gauche lombaire est court et rectiligne, au-dessous de l'anus le côlon iliaque est représenté par un trajet en cul-de-sac de six centimètres environ où l'intestin est atrophié, rigide et ne laisse que difficilement pénétré l'extrémité du cinquième doigt. La totalité du côlon sigmoïde et pelvien, tout le rectum péritonéal, ont disparu; l'ampoule rectale a onze centimètres de haut, elle affleure le péritoine, elle renferme un coprolithe qui sera évacué. Par ailleurs, cette malade paraît résistante, l'examen somatique général, les examens de laboratoire sont normaux et il paraît logique de tenter quelque chose.

Toutefois, avant tout, un obstacle nous arrête, la présence de cette ascite constatée récemment au cours de la laparotomie exploratrice. L'abdomen est légèrement ballonné dans sa moitié inférieure, le toucher vaginal montre un utérus un peu gros, peu mobile, les culs-de-sac sont empâtés sans masse perceptible. On décide donc tout d'abord de pratiquer une laparotomie exploratrice.

Premier temps: hystérectomie pour annexite chronique avec pelvi-péritonite, le 22 juillet 1937 (opérateur: d'ALLAINES).

Anesthésie: nembutal-protoxyde.

Laparotomie médiane sous-ombilicale avec résection de l'ancienne cicatrice. Il existe un amas d'anses grêles, adhérent à la paroi dans toute la partie supérieure de l'incision. Libération de ces anses qui sont détachées de la paroi avec l'épiploon mais qu'il paraît impossible de libérer entre elles. Il existe de l'ascite (1 litre) citrine, non hémorragique; dans la cavité pelvienne on rencontre une série de pseudo-kystes de pelvipéritonite, l'utérus est un peu gros, les annexes de chaque côté sont très adhérentes, couvertes par le péritoine, manifestement malades. On ne trouve pas de tumeur à ce niveau, il s'agit simplement d'une annexite chronique avec pelvipéritonite responsable vraisemblablement de l'ascite.

On décide de pratiquer tout d'abord une hystérectomie totale. La dissection des annexes est difficile, amène jusqu'à découvrir l'uretère, aucune péritonisation n'est possible, sauf sur les bords des deux ligaments larges, et la cavité pelvienne suinte en nappe. On établit un drainage abdominal à l'aide de deux mèches cellophanes. En fin d'opération, on examine les conditions de réparation intestinale; *il est impossible d'amener en contact le cul-de-sac colique, atrophie du reste, et le rectum. Toute tentative du côté de l'intestin grêle est impossible étant donné les adhérences importantes et la distance entre le fond du Douglas et le colon sain qui est d'environ trente-cinq centimètres; on doit donc renoncer aux procédés connus. Mais le colon transverse adhérent par l'intermédiaire de l'épiploon est libérable, il est long, arqué jusqu'à l'ombilic, il est certainement abaissable et les arcades vasculaires sont nettement apparentes. On pourra donc, après libération des adhérences, l'aboucher dans le rectum.* Fermeture de la paroi, catgut et soie. Suites opératoires normales.

L'examen sous des coupes multiples de l'utérus et des annexes a montré de simples lésions d'inflammation chronique, sans trace d'endométriome (examen dû à l'obligeance du Docteur DOBKEVITCH).

Ajoutons de suite pour terminer cette question que, depuis cette opération jusqu'aux dernières nouvelles, en mai 1940, trois ans, cette malade n'a eu aucune manifestation pathologique.

Deuxième temps opératoire: section du colon transverse et implantation du bout supérieur dans le cul-de-sac rectal (opérateur: d'ALLAINES).

Voici le protocole opératoire du 5 décembre 1937:

Anesthésie: nembutal-protoxyde.

La parotomie médiane avec résection de l'ancienne ci-

catrice sous-ombilicale, adhérences très nombreuses mais qui sont assez faciles à libérer; l'intestin grêle est ainsi libéré progressivement de tout le pelvis, de la paroi abdominale et de la face inférieure du côlon transverse où il était adhérent. On repère tout d'abord le cul-de-sac du rectum grâce à une pince introduite par l'orifice anal et qui soulève le péritoine du Douglas; le rectum occupe le point le plus déclive du côté gauche de ce cul-de-sac.

Examen du côlon: le côlon transverse est bien vascularisé, il présente une double arcade sans artère colique moyenne et il semble que l'on puisse l'attirer facilement vers le pelvis. On sectionne progressivement le mésocôlon et le côlon lui-même; la section de l'intestin passe à gauche de la ligne médiane, plus près de l'angle splénique que de l'ombilic, on s'attache à couper le méso en biais en empiétant du côté distal de manière à conserver une vascularisation exubérante du côté amont (quitte à réséquer du côté aval, ce que l'on n'a pas eu besoin de faire). Après cette section, on constate que les deux bouts intestinaux sont parfaitement vascularisés. Fermeture du bout inférieur en trois plans au catgut, le bout supérieur est fixé sur un drain n°40 par trois petits catguts.

Ouverture du cul-de-sac rectal, assez large, pour permettre le passage du côlon; par cette ouverture à l'aide de la pince introduite précédemment, on attire le drain que l'on invagine avec l'intestin dans le rectum. Le côlon descend d'au-moins cinq centimètres dans l'ampoule rectale. Deux plans de sutures solidarisent les deux tubes intestinaux, le plan de suture supérieur est du reste très discontinu; on applique deux mèches dans la cavité pelvienne et on vérifie que le côlon et son méso n'étranglent pas l'iléon qui paraît jouer librement derrière.

Fermeture de la paroi au catgut. Durée: une heure et demie.

Les suites opératoires sont très simples, le drain tom-

be le cinquième jour sous des tractions douces, les gaz ont passé dès les premières quarante-huit heures, selles provoquées le huitième jour.

Troisième temps opératoire, le 7 février 1938: (opérateur d'ALLAINES): colectomie transverse et gauche, un peu malaisée à cause des adhérences et de la présence de l'anús artificiel que l'on enlève en même temps. Opération très bien supportée, sans température, technique habituelle.

Nous avons revu cette malade à plusieurs reprises et nous avons eu de ses nouvelles régulièrement jusqu'en mai 1940, époque à partir de laquelle son éloignement à l'étranger l'a empêché d'écrire; elle va parfaitement bien et se déclare très heureuse de cette opération.

Le plus intéressant est l'étude du fonctionnement de cette anastomose. Au début le rectum s'évacuait régulièrement trois à quatre fois par jour avec diarrhée, à partir de 1940 une seule selle moulée par jour, régulière et sans difficulté.

En janvier 1938 (un mois après l'opération) un examen rectoscopique montre, à sept centimètres environ, un aspect boursoufflé de la muqueuse qui, à ce niveau, saigne assez facilement au contact, le rectoscope est arrêté là, on a l'impression d'une anomalie.

Au cours de l'opération de février 1938 (deux mois après l'anastomose) on a pu à l'aide de valves et de l'examen direct examiner en dedans l'anastomose, à ce moment le rectum était normal mais on constatait la présence d'une saillie en « museau de tanche » typique, aucun saignement.

Enfin, en mai 1938, tout était redevenu normal et l'examen rectoscopique ne trouvait plus trace de l'anastomose. La radiographie pratiquée à diverses reprises et pour la dernière fois en mars 1938, montre un intestin

qui paraît normal, s'il n'était entièrement à droite, le côlon est tout à fait refoulé du côté droit probablement par la présence des anses grêles, il paraît de volume normal, contractile, il est difficile de voir l'anastomose, l'ampoule rectale ne paraît pas sensiblement modifiée.

RESULTATS

Sans doute, sur un seul cas on ne peut juger de la gravité d'une opération, mais les suites ne furent nullement inquiétantes. Les risques opératoires paraissent faibles.

Les résultats fonctionnels furent bons. Comme toute opération supprimant une grande longueur de colon, on eut d'abord de la diarrhée avec trois ou quatre selles par jour. Mais cet état s'améliora petit à petit et trois ans après on ne note plus qu'une seule selle moulée par jour, régulière et sans difficulté. On pourrait aussi, comme pour toute invagination craindre la sténose. Elle ne s'est pas produite. Il faut néanmoins s'en méfier et au besoin lutter contre elle par des dilatations précoces. On surveillera cette anastomose par le toucher rectal et la rectoscopie. Au début, le transverse fait saillie dans l'ampoule rectale, véritable « museau de tanche ». On assiste à une « involution » progressive de ce museau de tanche. Dans notre observation, il n'y en avait plus trace dix mois après. Dans d'autres observations d'invaginations coliques gauches ou iléales, les opérateurs ont noté la persistance indéfinie d'une saillie rappelant un petit col utérin. On pourra vérifier aussi cette anastomose ainsi que la situation finale du transverse par un lavement baryté. Nous reproduisons ici une radiographie du côlon prise quelques mois après l'opération. On y voit l'anastomose transverso-rectale encore visible, mais non rétrécie. On voit la situation prise par le transverse: il s'est placé

sur la face antéro-interne du côlon ascendant. Il est quelque peu mobile car sur des clichés successifs, il apparaît tantôt franchement antérieur, tantôt franchement interne par rapport au cœco-côlon.



Radiographie prise après évacuation partielle du lavement baryté. C'est ainsi que l'on voit le mieux le transverse plus étroit et mieux injecté se projetant sur le côlon ascendant moins opaque. On voit l'anastomose transverso-rectale non sténosée.

CONCLUSIONS

Dans un cas de rétablissement de continuité intestinale qui s'avérait difficile

par la longueur de la perte de substance (35 cm.)

par l'absence de segment de rectum intra-péritonéal

par les conditions anatomiques nées des quatre opérations antérieures

par les complications inflammatoires et adhérentielles, notamment adhérences multiples empêchant de prélever un « greffon » iléal.

nous avons pu obtenir un succès.

Cette implantation du côlon transverse dans le rectum nous a paru une intervention aisée.

C'est, nous semble-t-il, une intervention dont les risques opératoires sont assurément plus faibles que ceux d'une iléo-colo-rectoplastie. Ces risques méritent d'être courus pour remédier à une infirmité souvent très pénible et dont la suppression peut changer la vie du malade.

C'est donc une opération à recommander quand elle est possible.

V. — INDICATIONS DU PROCÉDE

Nous supposons posée l'indication opératoire. Nous en avons vu (Chap. II) les éléments essentiels: malade en bon état, jeune surtout, complètement guéri, lésion bénigne de préférence, demandant instamment l'opération et en acceptant délibérément les risques.

L'indication opératoire posée, l'indication du procédé est uniquement dictée par des considérations anatomiques. On peut se trouver devant différents cas.

1°) L'allongement secondaire du bout sigmoïdien s'est produit. Nul doute que l'opération la plus simple et la seule à recommander soit, après libération du bout colique gauche, son intubation dans le rectum.

2°) L'allongement secondaire ne s'est pas produit. Le sigmoïde est resté court ou est même inexistant, le côlon gauche allant directement à l'anus artificiel.

Il convient, avant tout, d'examiner le transverse par un lavement baryté donné par la colostomie.

Si celui-ci est long, on interviendra pour faire une anastomose transverso-rectale par invagination, sous réserve, bien entendu, que la vascularisation soit favorable, ce qui est le cas habituel pour un transverse en guirlande.

3°) Le sigmoïde est très court. Le transverse est, lui aussi, court, tendu. Il reste une dernière ressource à la-

quelle on se résoudra en dernière analyse. C'est l'iléo-colo-rectoplastie.

4°) Dans certains cas, enfin, où toutes les conditions défavorables sont réunies: sigmoïde court, transverse court, très grande perte de substance, surtout mauvaise ampoule rectale, très courte, sans hauteur à fond cicatriciel (résultat d'un drainage trans-anal), semblant épaisse et pas très mobile au toucher rectal, si, de plus, on trouve le ventre ouvert, un pelvis bloqué, avec des adhérences nombreuses, avec surtout une allure inflammatoire, un péritoine malade, il est sans doute prudent de renoncer à tout rétablissement, tout au moins momentanément.

VI. — CONSEQUENCES TACTIQUES

La connaissance de ces trois procédés influe sur la tactique de la chirurgie du recto-sigmoïde.

1°) à l'exploration.

Il nous semble impossible de décider d'un plan tactique en matière de chirurgie recto-colique sur les seules données de la clinique et de la radiologie. Une exploration donnera seule tous les éléments d'appréciation. D'autre part, nous admettons presque sans réserve et dans tous les cas, y compris pour l'opération de Hartmann, le principe de la dérivation préalable. Nous faisons donc systématiquement dans cette chirurgie recto-colique un premier temps qui consiste en une laparotomie médiane d'exploration terminée par un anus gauche fait le plus haut possible soit au dépend de la partie tout à fait gauche du transverse mobile, soit au dépend de la partie toute supérieure du côlon descendant qui souvent se mobilise assez ou qu'au besoin nous mobilisons par une petite amorce de décollement colo-pariétal faite au ciseau courbe.

Dans ce temps d'exploration, il importera de noter les renseignements habituels sur le siège exact de la tumeur, son importance, ses adhérences, la prise ganglionnaire, l'état du foie. Mais il importera aussi non seulement de noter la longueur du sigmoïde mais encore d'examiner le transverse au double point de vue de sa longueur et de

sa vascularisation, d'essayer de l'attirer vers le rectum et de juger ainsi de ces possibilités d'abaissement.

Cette notion pourra être utile dans la discussion même de l'opération à choisir car la certitude de rétablir ultérieurement avec aisance sera un argument en faveur d'une opération de Hartmann si par ailleurs cette opération est à envisager.

2°) à l'intervention.

C'est surtout en cas de lésion du bas sigmoïde pour lesquels on a décidé en principe une opération du type Lockart-Mummery que l'existence de ces divers procédés de rétablissement secondaire de la continuité peut modifier en cours d'opération le plan tactique adopté.

Trouve-t-on, en effet, un péritoine congestif, un certain état inflammatoire qui n'a pas cédé à la dérivation, les sutures seront incertaines; le sigmoïde se révélera-t-il plus court qu'on ne le pensait, l'invagination est courte, elle est donc risquée; le malade est peu résistant, il est déjà shocké, sa tension fléchit, rappelons-nous que l'opération de L.-M. est shockante, il risque de ne pas la supporter. Dans tous ces cas, il nous semble sage de modifier son plan opératoire, de remettre à plus tard le rétablissement et de faire une opération de Hartmann. On renoncera avec d'autant moins de réticence au rétablissement immédiat que l'on saura pouvoir rétablir ultérieurement; c'est-à-dire s'il reste un côlon sigmoïde assez important qui fait encore une boucle qu'un faible allongement rendra aisément abaissable ou si un long transverse en guirlande à méso mince avasculaire fait prévoir une anastomose facile avec le rectum.

En somme, l'existence de ces procédés permet d'accepter avec moins de répugnance le renoncement à la continuité dans certains cas où son rétablissement immédiat serait difficile et par conséquent dangereux.

VII. — CONCLUSIONS

I. — L'opération de Hartmann laisse une infirmité pénible qu'il est toujours souhaitable de supprimer.

Le rétablissement de la continuité intestinale peut même devenir une opération nécessaire par suite de l'altération psychique qu'entraîne la présence d'un anus abdominal.

L'indication en sera surtout posée chez des malades jeunes et complètement guéris.

II. — Pour réaliser ce rétablissement, deux procédés ont été utilisés :

— L'un grave, d'une technique longue et complexe :
L'iléo-colo-rectoplastie.

— L'autre qui paraît beaucoup plus bénin :

La réimplantation *du sigmoïde ayant subi un allongement secondaire.

III. — Lorsque l'implantation sigmoïdienne n'est pas possible, avant d'accepter l'iléo-coloplastie, il convient de rechercher si le côlon transverse ne peut pas être utilisé pour une implantation dans l'ampoule rectale restante.

IV. — Pour être utilisé, le côlon transverse doit

— être long et mobile

— présenter une vascularisation permettant un abaissement sans section vasculaire importante.

V. — L'existence de ces procédés permet d'accepter avec moins de répugnance le renoncement à la continuité dans certains cas où un rétablissement immédiat serait difficile et par conséquent dangereux.

Vu
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu
Le Président de la Thèse :
LENORMANT

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Extirpation des Tumeurs du gros intestin. (*Rapport au Congrès français de chirurgie*, 1922).
- D'ALLAINES (F.). — Rétablissement de la continuité intestinale après résection du côlon iléo-pelvien. (*Mém. Acad. Chir.*, séance du 27 novembre 1940, p. 799, t. 66, n° 31).
- D'ALLAINES (F.) et LE ROY. — Le rétablissement de la continuité normale de l'intestin après résection étendue du rectum. Technique nouvelle par mobilisation du périnée. (*Mém. Ac. chir.*, 12 mars 1941, t. 67, n° 9).
- ARNOLD (H.-R.). — Resection of carcinomatous rectosigmoid juncture with reestablishment of intestinal continuity. Primary report. (*Arch. surg.* 38: 1004-1013, juin 1939).
- ARNOLD (H.-R.) et SHEA (J.-F.). — Resection of carcinomatous rectosigmoide juncture with reestablishment of intestinal continuity. Subsequent report. (*Arch. surg.* 41: 110-113, juillet 1940).
- BASTIANELLI. — a) Pour le traitement du cancer du rectum, in Livre jubilaire du Professeur HARTMANN, 1932, p. 41.
— b) Question regardant la cure chirurgicale du cancer du rectum. (*Bull. Soc. Piemontese. Chir.* 1934, vol. 4, n° 8).
- BERGERET. — Résultats du traitement chirurgical du cancer du rectum. (*Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1931).
- BERGERET et LIVORY. — La résection recto-sigmoïdienne suivie d'intubation colo-rectale. (*Journal de chirurgie*, 1940).

- CHARRIER. — Nouvelle méthode d'ablation par la voie abdominale du cancer du rectum. (*J. de Chirur.* 1934, tome 44, n° 1).
- CHARRIER et GOUZI. — Traitement chirurgical et résultats de l'ablation du cancer du rectum. (*Presse Médicale*, 4 mars 1939).
- CHALIER et MONDOR. — Cancer du rectum.
- COFFEY. — Cancer of the rectum and rectosigmoid. (*American Jour. of Surg.*, oct.-1931).
- COGNARD. — Exérèse du cancer du rectum par voie abdominale pure avec drainage transanal. (*Thèse de Nancy*, 1935-1936).
- DELAGENIERES (Y.) et PAPIN (A.). — L'iléo-sigmoïdostomie par la méthode du bouton-sonde. Procédé de sécurité permettant de faire toute la chirurgie du côlon sans aucune suture anastomotique. (*Soc. Nat. Chir.*, 13 mars 1935).
- DUVAL (P.). — Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien. (*Thèse Paris* 1901-1902).
- DUVAL (J.). — Traitement des tumeurs recto-sigmoïdiennes. (*Presse Médic.* 25 mars 1939).
- FINSTERER. — Traitement chirurgical du cancer du côlon gauche et du cancer du rectum haut situé avec conservation du sphincter. (*Presse Méd.*, 1^{er} avril 1939).
- GAHINET. — Technique d'exérèse du rectum en deux temps par voies combinées. (*Thèse*, Paris 1938).
- GIBSON. — End to end anastomosis by the invagination method. (*Annals of Surgery*, juillet 1910, p. 116).
- GOUVERNEUR et OURY. — Le traitement du cancer du rectum. (*Presse Médicale*, 19 mars 1932, p. 463).
- GULEKE. — Zür abdomino-sakralen Exstirpation des Mastadarmkrebse. (*Zblatt. f. Chir.* 64: 743-745, 27 mars 1937).
- HARTMANN. — a) Traitement opératoire direct du cancer du rectum. (*Journal de chirurgie*, décembre 1913).
- b) Le cancer du rectum et son traitement. (*Paris Médical*, n° 14, 6 avril 1929, p. 328).
- c) In Chirurgie du rectum, 1931.

d) Du rétablissement de la continuité intestinale en cas de résection recto-colique suivie d'anus artificiel. (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 5 juillet 1939).

e) Sur le rétablissement de la continuité intestinale après résection du côlon pelvien. (*Mém. Ac. Chir.*, t. 67, n° 1).

HEJDUK. — Résection d'un cancer recto-sigmoïdien par le procédé de Hartmann. Rétablissement tardif de la continuité intestinale. (*Mémoires de l'Acad. de Chir.* (rapport de Picot), 28 avril 1936).

— Au sujet des avantages de la résection abdominale des carcinomes du côlon-rectum d'après Hartmann et au sujet des possibilités d'une reconstitution secondaire de l'intestin. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome 251, fasc. 10, février 1939).

HORSLEY. — Résection du recto-sigmoïde et du rectum supérieur pour cancer, avec suture bout à bout. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 64, n° 2A, 15 février 1937).

HOVELACQUE. — Les artères mésentériques.

HUNCKLER. — Considération sur l'état actuel de l'opération de Hartmann dans les cancers du haut rectum. (*Thèse*, Nancy 1934-1935).

JEAN. — Rétablissement tardif de la continuité intestinale par invagination après résection recto-sigmoïdienne (rapport de A. Schwartz). (*Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, 13 décembre 1930).

KUMMEL. — Ueber resection des colon descendens und fixation des colon transversum in den Analring. (*Deutsche Gesellschaft für chirurgie* 1899, t. 28, p. 432).

— 28^e Congrès de la Société Allemande de Chirurgie de Berlin, 3^e séance 9 avril 1899. (*Archiven für Klinische Chirurgie*, 1899, cahier 59, p. 555).

LAHEY (F.-H.) et CATTELL. — La résection abdomino périnéale du rectum et du recto-sigmoïde en deux temps pour cancer. (*Am. J. of. Surg.* fév. 1935).

- LARDENOIS (H.). — L'iléo-sigmoïdostomie par le procédé de la pince porte-bouton. (*Sté de Chir.* 3 avril 1935).
- LECENE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale T 3.
- LECLERC. — Le rétablissement de la continuité intestinale par invagination après résection des néoplasmes du haut rectum et de l'S iliaque (rapport d'OKINCZYC). (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 29 octobre 1930).
- La colectomie dans le cancer du côlon gauche. Le rétablissement de la continuité intestinale après résection pour cancer du côlon gauche. (*Lyon Chirurgical* 28: nov.-déc. 1931).
- LEIBOVICI. — a) Quelle est, à l'heure actuelle, la meilleure opération contre le cancer du rectum. (*Journal de Médecine de Paris*, 20 octobre 1938).
- b) La place de l'opération de Hartmann dans le traitement du cancer du rectum. (*Revue de Chirurgie*, janvier 1939).
- LE ROY. — Les possibilités de conservation sphinctérienne lors de l'exérèse du rectum. Une technique nouvelle par mobilisation du périnée. (*Thèse Paris* 1941).
- LIVORY. — La résection recto-sigmoïdienne avec intubation colorectale. (*Thèse Paris* 1941).
- MATHEWS. — Cancer of the rectum. Présentation of cases. (*Annals of Surgery*, juillet 1925).
- MAUNSELL. — A new method of excision the upper portion of the rectum and the lower segment of the sigmoid flexure of the colon. (*The Lancet*, 1892).
- MAYO (W.-J.). — The radical operations for the relief of cancer of the rectum and recto-sigmoid. (*Annals of Surgery*, 1912).
- MILES. — Present position of radical abdomino-perineal operation for cancer of rectum in regard to mortality and post operative recurrence. (*Proc. roy. Soc. med. Sect. surg. sub. sect. protect.* 24, 99-101, mai 1931).
- MONDOR. — a) le cancer du rectum. (*Thèse de Paris*).

b) l'étendue de tout cancer du rectum. (*In ilvre Jubilaire du Professeur HARTMANN*).

MOST. — Réfection du gros intestin au moyen de l'intestin grêle (*Zblatt f. Chir.* t. 65, n° 29).

MUMMERY (P.-L.). — a) A new method of restoring the continuity of the bowel in cases of the excision of a growth low down in the sigmoïde flexure. (*The Lancet*, 1908).

b) Diseases of the colon and their surgical treatment, 1910.

NORDMANN. — Archiv. für Klinische Chirurgie t. 189 (Rapport au Congrès), 30 août 1937.

OKINZYS. — Cancer de la partie terminale du côlon pelvien : résection, invagination du colon dans le rectum ; guérison. (*Bull. et Mémoires de la Société de Chir.* 19 février 1930).

— Technique et résultats de l'extirpation des tumeurs du gros intestin, rectum excepté. (*Rapport au Congrès Français de chirurgie* 1931).

— Iléo-colo-rectoplastie. (*B. M. S. N. Ch.*, 16 janvier 1935).

— Trois cas de tumeurs bénignes du côlon pelvien. (Endométriome et diverticulites) iléo-colo-rectoplastie réparatrice dans un cas. (*Acad. Chirurg.* 26 févr. 1936).

PAUCHET. — La sigmoïdectomie avec anus définitif. (*La pratique chirurgicale illustrée*, 1927, fasc. 7).

— Tumeurs coliques gauches et sigmoïdes. Exérèse. Rétablissement de la continuité colique par substitution d'une anse iléale interposée colo-iléo-rectostomie. (*Technique chir.* an XXV, n° 4, juin 1933).

PERGOLA (J.). — Péritonite par perforation d'un cancer sigmoïdien bas situé. Opération de Hartmann et iléostomie. Guérison. (*Mémoires de l'Académie de Chir.*, n° 4 1^{er} janv. 1939).

— L'iléostomie complémentaire dans la chirurgie d'exérèse du côlon et du rectum. (*J. de C. T.* 56, n° 5, nov. 1940).

PICOT. — Iléo-coloplastie après résection recto-sigmoïdienne. (*Acad. de Chir.*, 14 juin 1939).

- PONTIUS et STROHL (E.-L.). — Carcinoma of recto-sigmoid in patient 26 years of age 6 year cure following abdominal resection. (*Illinois M. J.* 76: 281, 22 sept. 1939).
- QUENU (J.). — Un cas d'iléo-coloplastie. (*Bull. et Mém. soc. nat. de chir.* T. LIX, n° 19, 3 juin 1933).
- L'iléo-coloplastie (*J. de Chir.*, n° 1, T. XLII, juillet 1933).
- DE QUERVAIN. — Un cas d'implantation du côlon transverse dans le rectum.
Revue Médicale de la Suisse Romande 1901, p. 737. Communication à la *Société Méd. de la Suisse Romande*, le 17 oct. 1901).
Revue Médicale de la Suisse Romande. Genève 1903, p. 757. Séance de la Société Neuchateloise du 22 juillet 1903.
- SANTY et BECHET (Michel). — Un cas d'invagination colo-rectale après résection pour infarctus génito-pelvien (rapport d'AMELINE). (*Mémoire de l'Acad. de Chir.*, 10 mars 1937).
- SCHLOFFER. — Die Laparotomie im Dienste der Rectum extirpation. (*Beitr. z. Klin. Chir.* 1904, t. 62).
- SANTY. — Rétablissement de la continuité sigmoïdo-rectale après opération de Hartmann. (*Soc. de Chir. de Lyon*, 17 oct. 1940. (*Lyon Médical*, n° 25, 22 juin 1941).
- SCHWARTZ. — Rapport à la Société nation. de Chir. le 31 octobre 1928, sur obs. de LECLERC: ablation abdominale périnéale du rectum suivie d'abaissement de l'S iliaque à travers le sphincter. Rapport suivi d'une note sur l'invagination secondaire.
- Du rétablissement de la continuité intestinale en cas de résection recto-colique suivie d'anus artificiel. (*Acad. de Chir.* t. 65, n° 21, 21 juin 1939).
- SOUPAULT. — L'opération de Hartmann: ablation par voie abdominale des cancers du haut rectum et de la jonction recto-sigmoïdienne. (*Jour. de Chir.* t. 30, n° 5, nov. 1927).
- SUSSMANN. — Rétablissement des fonctions de l'anus après résection

du sigmoïde et du rectum par l'interposition d'un segment d'intestin grêle. (*Arch. fur Gyn.* T. 166, Compte rendu du 25^e Congrès Soc. Allemande de Gyn., 28 mai 1938).

TISSERAND. — Deux cas d'opération de Hartmann pour cancer recto-sigmoïdien avec restauration de la continuité du tube digestif (il s'agit en somme de deux opérations de Lockart-Mummary). Rapport de SCHWARTZ. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurg.*, 17 avril 1929).

TABLE DES MATIERES

	PAGES
INTRODUCTION et HISTORIQUE	15
PLAN	17
I. — EXISTENCE DU PROBLEME DU RETABLISSEMENT SECONDAIRE ..	18
1°) Ils sembleront ne plus devoir exister	18
2°) L'opération de Hartmann est encore très pratiquée	19
a) elle semble <i>moins grave</i>	19
b) elle est souvent imposée par la <i>brièveté du</i> sigmoïde	25
3°) Extension des indications de l'opération de Hart- mann	27
Critique du rétablissement immédiat par intuba- tion (op. de L.-M.)	27
Avantages du rétablissement différé	29
II. — INDICATIONS DU RETABLISSEMENT	32
Généralités	
1°) C'est toujours souhaitable	32
2°) C'est parfois nécessaire	33
Indications	33
III. — DONNEES ANATOMIQUES DU PROBLEME	35

IV. — LES METHODES	38
A. Les méthodes déjà employées	38
1°) Abaissement recto-colique gauche	38
2°) Iléo-colo-rectoplastie	49
B. L'utilisation du transverse	62
Historique	62
Conditions	62
1°) Longueur	62
2°) Vascularisation	63
Rappel anatomique	63
Conclusion	66
Son appréciation opératoire	68
Technique	71
Observation	82
Résultats	87
Conclusions	89
V. — INDICATIONS DU PROCEDE	90
VI. — CONSEQUENCES TACTIQUES	92
VII. — CONCLUSIONS	94
BIBLIOGRAPHIE	96

